

D07

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Responsabile: Ferdinando Cellai

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.

D07

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Responsabile:

Macrostruttura

D07 DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Ferdinando Cellai

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,2

10,2

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,60	0,60	0,6	12	0,66	0	10%	100%	*	0,6	M	cts
		Percentuali morti encefaliche individuate		Anno 2014. Budget da definire		Ausl NO									
		B6.1.2	> %.	60,00	50,00	0,6	12	54,55	5	9%	100%	3*	0,6		
		Percentuali donatori procurati		Anno 2014. Budget da definire		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,5	12	85,00	5	6%	100%	3*	0,5	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo da verificare		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202									cts
		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 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	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
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,6	12	69,85	-10	-13%	100%	3*	0,6	M	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.									
		B8.4.2	> N.	100,00	90,00	0,5	12	90,00	0	0%	100%	*	0,5		cio
		Completezza e qualità 118		Anno 2014. completezza 90% qualità 95%		valutaz. 2017-11-05									
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,5	12	91,66	2	2%	100%	3*	0,5	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)		consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,0

15,9

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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.	0,00	0,54	0,6	12	0,00	-1	-100%	100%	2 *	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
C14	Appropriatezza medica	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											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	60,72	66,00	1,6	12	62,66	-3	-5%	37%	0 *	0,6	M cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	aggiornato obiettivo al valore della DGR 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		C16.2	> %.	71,58	70,00	1,6	12	71,25	1	2%	100%	0 *	1,6	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		C16.3	> %.	82,08	87,57	1,6	12	81,30	-6	-7%	20%	2 *	0,3	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		C16.4	> %	89,76	96,06	0,5	12	87,31	-9	-9%	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 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		C16.7	> %.	66,41	76,00	1,6	12	67,14	-9	-12%	38%	3 *	0,6	M
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	da aggiornare preconsuntivo e definire budget											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,12	-0,12	1,6	12	-0,13	0	9%	100%	2 *	1,6	M cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		C2a.M	< N.	0,18	0,17	2,9	12	0,34	0	98%	75% vr	2 *	2,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
														dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	79,70	80,10	1,1	12	81,22	1	1%	100%	4 *	1,1	M cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	89,00	1,1	12	128,00	39	44%	100%	4 *	1,1	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
								sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO							
		C6.2.2	> N.	3,24	186,00	1,2	12	205,00	19	10%	100%	5 *	1,2	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
								sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO							
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere													cts
								consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016							
								Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere													cts
								consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016							
								Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		C6.5.5	> 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													cts
								consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016							
								Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO							
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,6		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts
								consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016							
								Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO							
		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)													cts
								Anno 2014. Budget da definire							
								Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO							

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.	5,00	0,5	12	5,00	0	0%	100%		0,5			
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%			valutaz. 2017-11-05									
D9h	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	3,40	4,00	0,5	12	3,42	-1	-15%	100%	2 *	0,5		
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	Gen-Ago 2015				Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO								

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

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	<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>										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	31,8
3 - Obiettivi REGIONALI	8,3	7,3

RT14	> sì/no	1,00	1.4	12	1,00	0	0%	100%	*	1.4
<p>Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e</p> <p><i>tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)</i></p>										

RT7	> si/no	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%		3,5	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	1,4	12	1,00	0	0%	100%	1,4	M	cio
		<p>Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale</p> <p><i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i></p>												cts

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

P08001	118: Attivare centrale 118 a Livorno entro 30 giugno	i-P08001	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	1,0	M	cio
		Attivare centrale entro il 30 giugno												
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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P08O02	118: Omogeneizzare le modalità di utilizzo dei medici del 118 entro il 30 giugno	i-P08O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
		Definire protocollo condiviso entro il 30 giugno													

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / in attesa del risultato della commissione regionale presieduta da Roti sulla riorganizzazione dell'emergenza territoriale si propone non valutabile per l'anno 2016

P08O03	Centrale operativa 118	i-P08O03	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	M
		Mappatura ed individuazione dei percorsi omogenei per la gestione dei TRASPORTI sanitari, includendo anche le informazioni sui costi													

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / la mappatura e' avviata (vedi gruppo AIM) tuttavia per limiti del sistema informativo attuale non include informazioni sui costi e per priorità' legate alla unificazione della centrale SUD si e' interrotta; si propone 1 in quanto e' stato fatto quanto possibile

4 - Ob Az: CARDIOLOGIA **8,3** **8,0**

P45O01	CARDIOLOGIA: RETE ASSISTENZIALE PER L'INFARTO MIocardico ACUTO:	I-P45O01	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,0	M
	<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>	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	ATTIVITA' DI EMODINAMICA: redazione di linea guida al fine di omogeneizzare l'appropriatezza e di verifica dell'appropriatezza delle procedure di emodinamica nelle strutture aziendali di Livorno e Lucca.	I-P45O02	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4	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	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4	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 e' 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	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4	M
		da definire													

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	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4	M
		da definire													

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	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4	M
		Redazione di un nuovo documento organizzativo (anche per accreditamento)													

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

4 - Ob Az: NEUROLOGIA **5,1** **4,1**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO
Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
 2015 **2016** **2016** % **Valutazione**

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	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P44O04a n° consulenza neurologiche per codice rosso stroke	> N.	0,00	1,00	1,0	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° fibrinolisi 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	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	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	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Delibera														
		i-P44O05a attivazione fibrinolisi endovena	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
4 - Ob Az: PS						5,1	4,3							
P07O01	Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)	i-P07O01 Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA	> N.	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto														
P07O02	Estendere a tutti i presidi provinciali Visual NET, già presenta a Lucca	i-P07O02 da definire indicatore	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / scelte dell'Azienda sui sistemi informativi ospedalieri non hanno consentito questo sviluppo; da valutare per il 2017														
P07O03	Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi	i-P07O03 Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)	> %	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento														
P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....trage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	1,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

P07O06	Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box...., ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali	i-P07O06	>	%	0,00	1,00	1,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,8	M	cio
		N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca												

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

2,0

2,0

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01	> %	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato										

i-P09O02	>	%	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M	cio
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato												

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

4,2

4,2

P06O01	Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	M
		Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione		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	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	M
		Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)		Dir. PPOO Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

P06O05	Completare il modello di organizzazione per intensità di cura, integrandosi con l'area medica tenendo presente le specificità degli ospedali ma con alcune linee guida: ad esempio è necessario definire un responsabile gestionale	i-P06O05	> %	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	M
		da definire indicatore		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

12,3

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

12,3

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 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

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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	1,5	12	100,00	0	0%	100%	*	1,5	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 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	6,7	12	1,00	-2	-67%	63%	3	4,2	cio cts
		verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)												
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,4	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	1,3	12	100,00	0	0%	100%	*	1,3	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	1,3	12	60,00	0	0%	100%	*	1,3	cio cts
		60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

D07

**DIPARTIMENTO DI
EMERGENZA URGENZA,
AREA CRITICA E BLOCCO
OPERATORIO**

Totale pesì 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)

D07C

AREA BLOCCO OPERATORIO

Responsabile: Paolo Carnesecchi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

106_HC04BL

SEZIONE BLOCCO OPERATORIO CECINA (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

33,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,1

9,1

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								cts
							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								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 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					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								cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3 *			cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%			assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.								
							fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n° interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)								
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,6	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,6	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)		consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.8.2	> %	98,97	90,00	0,6	12	98,71	9	10%	100%	5 *	0,6		
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)		consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						22,9							20,9		
C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	8,00	0,6	12	3,91	-4	-51%	100%	4 *	0,6	M	
		Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,4	12	10,20	0	-3%	100%		2,4	M
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehause ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno								
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	113,09	-7	-6%	100%	5*	0,6	M
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina								
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	6,61	7,31	0,0	12					3*		
			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
			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina								
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	4,69	2,02	0,6	12	1,93	0	-4%	100%	3*	0,6	M
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \								
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,6	12	81,82	5	7%	100%	3*	0,6	
			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	59,28	60,00	0,0	12					0*		
			aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \								
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	54,71	58,00	0,0	12					0*		
			consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \								
		C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	75,97	87,57	0,0	12					2*		
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \								
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	84,83	96,06	0,0	12					2*		
			consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \								
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	78,19	75,36	0,0	12					5*		
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \								
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,84	1,94	0,6	12	3,05	1	57%	20%	2*	0,1	
			Consuntivo 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	13,41 consuntivo 2015	9,23	0,0	12					4 *		
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,61	-0,61	1,8	12	-0,56	0	-8%	75%	vr	3 *	1,4
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \														
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo														
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	1,64	0,80	3,0	12	0,54	0	-33%	100%		2 *	3,0
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \														
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	88,56 consuntivo da verificare	60,86	0,6	12	109,22	48	79%	20%		2 *	0,1
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina														
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	83,92 Gen-Ago 2015	94,08	0,6	12	92,67	-1	-1%	100%		4 *	0,6
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \														
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	75,54 consuntivo da verificare	84,02	0,0	12						4 *	
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \														
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	87,03 consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016	87,03	3,0	12	89,78	3	3%	100%		5 *	3,0
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \														
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	63,85 Anno 2014. Budget da definire	64,86	0,6	12	71,21	6	10%	100%		4 *	0,6
\ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale														
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	5,00	2	67%	100%		4 *	1,2
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZIONE BLOCCO OPERATORIO CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,2	12	8,00	2	33%	100%		5 *	1,2
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZIONE BLOCCO OPERATORIO CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	85,00	0,0	12						*	
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	85,00	0,0	12						*	
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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 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								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	231.145,95	228.834,49	15,0	12	209.738,30	-19.096	-8%	100%	3 *	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014): non comprende la DDclasseA	verifica del 2017-09-08 cdg H -	cts										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	30,7
3 - Obiettivi REGIONALI	18,8	14,5

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	> si/no	1,00	1,00	5.4	12	0,20	-1	-80%	20%		1.1
	RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)											
	RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	1,00	1,00	2.7	12	1,00	0	0%	100%		2.7
	RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no sospeso in attesa di definizione regionale	1,00	1,00	5.4	12	1,00	0	0%	100%		5.4

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	5,4	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												
		cts												

4 - Ob Az: ORTOPEDIA										5,4						5,4
P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro;> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	I-P04O01	>	%	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4		
		a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (snalla.giungchio.ed.anca).														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes																

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA	10,8	10,8
----------------------------	------	------

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O01	> %	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														
		i-P09O02	> %	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q01	> %	70,00	70,00	3,3	12	70,00	0	0%	100%	*	3,3	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														
ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02	> N.		3,00	8,3	12	3,00	0	0%	100%	3	*	8,3
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 07/09/2017 (personale medico) mail MR del 23/08														
		Q03	> %		100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	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)														
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	1,7	12	60,00	0	0%	100%	*	1,7	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)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HC04
BLO

**SEZIONE BLOCCO
OPERATORIO CECINA (106)**

Totale pesì 100,0

93,7

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_HE04BLO SEZIONE BLOCCO OPERATORIO ELBA (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,7

9,7

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 infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106										cts	
				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	6,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,5		cio	
				consuntivo da verificare		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	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 infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106											cts		
		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 operatorio>95%		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.											
				fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)													
		B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,6	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,6	M	cio	
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO											
		B8.8.2	Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)	> %	98,97	90,00	0,6	12	98,71	9	10%	100%	5 *	0,6			
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,6

20,0

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	8,00	0,6	12	6,78	-1	-15%	100%	0 *	0,6	M	
		Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		Gen-Ago 2015		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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< N.	10,47	10,47	2,6	12	10,20	0	-3%	100%		2,6	M
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno								
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.	11,18	7,31	0,0	12					0*		
			consuntivo da verificare			DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \								
C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti			< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,47	0	-13%	100%	3*	0,6	M
			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba								
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	3,77	2,02	0,6	12	2,47	0	22%	100%	3*	0,6	M
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \								
C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)			> %.	88,57	76,45	0,6	12	41,94	-35	-45%	0%	0*	0,0	
			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	85,89	80,88	0,0	12					5*		cio
			aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016			DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \								
C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora			> %.	82,92	80,75	0,0	12					3*		cio
			consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%			DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \								
C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h			> %.	91,18	89,20	0,0	12					4*		cio
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \								
C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***			> %.	98,67	98,61	0,0	12					5*		cio
			consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \								
C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione			> %.	29,17	75,36	0,0	12					0*		
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \								
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,33	1,94	0,6	12	2,68	1	38%	30%	3*	0,2	
			Consuntivo 2015			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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	28,55 consuntivo 2015	9,23	0,0	12					3 *		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,37	0,10	1,9	12	-0,70	-1	-803%	100%	3 *	1,9	M
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \														
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,33	-0,33	3,2	12	-0,11	0	-67%	75% vr	3 *	2,4	
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \														
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo														
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	88,56 consuntivo da verificare	60,86	0,6	12	58,34	-3	-4%	100%	5 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba														
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	93,91 Gen-Ago 2015	94,08	0,6	12	86,64	-7	-8%	40%	4 *	0,3	
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \														
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	87,59 consuntivo da verificare	84,02	0,0	12					5 *		
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \														
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	68,18 consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016	80,10	3,2	12	76,92	-3	-4%	100%	3 *	3,2	M
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \														
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	63,85 Anno 2014. Budget da definire	64,86	0,6	12	71,21	6	10%	100%	4 *	0,6	M
\ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale														
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,3	12	1,00	-2	-67%	40%	4 *	0,5	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZIONE BLOCCO OPERATORIO ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,3	12	5,00	-1	-17%	100%	5 *	1,3	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZIONE BLOCCO OPERATORIO ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	85,00	0,0	12					*		
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	85,00	0,0	12					*		
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	63.567,41	62.931,74	15,0	12	84.380,23	21.448	34%	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	30,7
3 - Obiettivi REGIONALI	18,8	14,5

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)		> si/no	1,00	5,4	12	0,20	-1	-80%	20%	*	1,1
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)										
		RT18 Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	> si/no	1,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	* 2,7
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	1,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	* 5,4

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	5,4	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												cts
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												

4 - Ob Az: ORTOPEDIA										5,4						5,4
P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro;> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	I-P04O01	>	%	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4		
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (snalla.giungchio.ed.anca).																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes																

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA	10,8	10,8
----------------------------	------	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01	>	%	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz													
		<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato</i>													
		i-P09O02	>	%	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno													
		<i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato</i>													

15,0	9,2
------	-----

15,0	9,2
------	-----

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	3,3	12	70,00	0	0%	100%	*	3,3	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.
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	8,3	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	2,5	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	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	1,7	12	60,00	0	0%	100%	*	1,7	Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2 Valutazione
p1 P2

106_HE04
BLO

**SEZIONE BLOCCO
OPERATORIO ELBA (106)**

Totale pesì 100,0

74,8

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

106_HL04BLO SEZIONE BLOCCO OPERATORIO LIVORNO (106)

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,60	0,60	0,6	12	2,36	2	293%	100%	5 *	0,6	M	cts
		Percentuali morti encefaliche individuate	Anno 2014. Budget da definire				Osp. Livorno								
		B6.1.2	> %.	68,00	50,00	0,6	12	57,58	8	15%	100%	3 *	0,6		
		Percentuali donatori procurati	Anno 2014. Budget da definire				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \								
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES				fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106								cts
		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 di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla 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 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 traumasmi					obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale								
		B8.4.13	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6		cio
		Qualità del flusso informativo SPA					fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106								cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3 *			cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%				assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.								
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,6	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,6	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.8.2	> %	98,97	90,00	0,6	12	98,71	9	10%	100%	5 *	0,6		
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO
Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
 2015 **2016** 2016 % Valutazione

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA															22,2	16,2
C	Valutazione sanitaria	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta\l' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0,6	12	5,33	-3	-33%	100%	2*	0,6	M		
			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese										
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,3	12	10,20	0	-3%	100%		2,3	M		
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno										
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	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.	9,14	7,31	0,0	12					2*				
			consuntivo da verificare			DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \										
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,53	0	-2%	100%	3*	0,6	M		
			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese										
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,64	2,02	0,6	12	3,21	1	59%	75%	vr 1*	0,4			
			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 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,6	12	79,41	3	4%	100%	3*	0,6			
			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	48,56	55,00	0,0	12					0*				
			aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%			DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \										
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	57,92	63,00	0,0	12					0*				
			consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%			DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \										
		C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	74,59	87,57	0,0	12					1*				
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \										
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	81,94	96,06	0,0	12					1*				
			consuntivo 2015, budget definito in base alla dart 208/2016			DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	77,83	75,36	0,0	12					4 *		
			Gen-Ago 2015				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \							
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,43	1,94	0,6	12	2,21	0	14%	75%	3 *	0,4	M
			Consuntivo 2015				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							
		C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	28,55	9,23	0,0	12					3 *		
			consuntivo 2015				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,28	0,10	1,7	12	0,21	0	113%	75%	vr 2 *	1,3	M
							DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \							
							dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo							
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	2,9	12	0,85	0	113%	75%	vr 1 *	2,2	M
							DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \							
							dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo							
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	88,56	60,86	0,6	12	97,95	37	61%	30%	3 *	0,2	
			consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	92,86	94,08	0,6	12	88,08	-6	-6%	40%	4 *	0,2	
			Gen-Ago 2015				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \							
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	77,30	84,02	0,0	12					4 *		
			consuntivo da verificare				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \							
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	76,72	80,10	2,9	12	68,88	-11	-14%	20%	2 *	0,6	M
			consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \							
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	63,85	64,86	0,6	12	71,21	6	10%	100%	4 *	0,6	M
			Anno 2014. Budget da definire				\ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale							
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	5,00	2	67%	100%	4 *	1,2	M
							dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZIONE BLOCCO OPERATORIO LIVORNO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,2	12	11,00	5	83%	100%	5 *	1,2	M
							dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZIONE BLOCCO OPERATORIO LIVORNO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO
Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
 2015 **2016** 2016 % Valutazione
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA **2,9** **2,9**

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

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

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

E3	< %.	815,00	799,00	2,9	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** **15,0**
2 - Obiettivi ECONOMICI **15,0** **15,0**

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	931.429,27	922.114,98	15,0	12	902.690,05	-19.425	-2%	100%	3*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA

verifica del 2017-09-08 cdg H -

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI **35,0** **30,7**
3 - Obiettivi REGIONALI **18,8** **14,5**

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	> si/no		1,00	5,4	12	0,20	-1	-80%	20%		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)

RT18	> si/no	1,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7		
------	---------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----	--	--

valutaz. 2017-11-05

Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).

RT3	> si/no	1,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%		5,4		
-----	---------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----	--	--

valutaz. 2017-11-05

Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%		5,4	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													cts

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

4 - Ob Az: ORTOPEDIA **5,4** **5,4**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01 a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).	> %	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipis														

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA														
						10,8								
P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														
		i-P09O02 Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno	> %	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	3,3	12	70,00	0	0%	100%	*	3,3	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.														
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	8,3	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	2,5
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)														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	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 diffomità (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	1,7	12	60,00	0	0%	100%	*	1,7	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)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

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
BLO

**SEZIONE BLOCCO
OPERATORIO LIVORNO (106)**

Totale pesì 100,0

83,8

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

106_HP04BLO SEZIONE BLOCCO OPERATORIO PIOMBINO (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,1

9,1

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 infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106										cts	
				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		cio	
				consuntivo da verificare		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	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 infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106											cts		
		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 operatorio>95%		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.											
				fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)													
		B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,6	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,6	M	cio	
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO											
		B8.8.2	Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)	> %	98,97	90,00	0,6	12	98,71	9	10%	100%	5 *	0,6			
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

22,9

19,1

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	8,00	0,6	12	4,02	-4	-50%	100%	4 *	0,6	M	
		Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< N.	10,47	10,47	2,4	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,4	M
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno								
C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti			< N.	133,64	120,00	0,6	12	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	0,0	12					4*		
			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.	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								
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,07	2,02	0,6	12	3,01	1	49%	75%	vr	2*	0,5
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \								
			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	76,45	0,6	12	70,49	-6	-8%	20%	2*	0,1	
			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia								
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	71,74	80,00	0,0	12					1*		
			aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%			DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \								
C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora			> %.	75,19	80,75	0,0	12					1*		
			consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%			DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \								
C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h			> %.	87,85	87,57	0,0	12					3*		
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \								
C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***			> %	98,67	98,52	0,0	12					4*		
			consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \								
C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione			> %.	72,18	75,36	0,0	12					3*		
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \								
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,41	1,94	0,6	12	2,07	0	7%	100%	3*	0,6	M
			Consuntivo 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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C17	Riabilitazione	C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	28,55 consuntivo 2015	9,23	0,0	12						3 *		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,04	-0,10	1,8	12	0,32	0	-423%	75%	vr	2 *	1,4	
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \															
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo															
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,00	0,00	3,0	12	0,29	0	28595 %	75%	vr	2 *	2,3	
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \															
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo															
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	88,56 consuntivo da verificare	60,86	0,6	12	50,12	-11	-18%	100%		5 *	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia															
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	92,24 Gen-Ago 2015	94,08	0,6	12	80,24	-14	-15%	30%		3 *	0,2	
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \															
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	73,50 consuntivo da verificare	84,02	0,0	12						3 *		
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \															
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	72,54 consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016	80,10	3,0	12	81,25	1	1%	100%		4 *	3,0	M
DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \															
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	63,85 Anno 2014. Budget da definire	64,86	0,6	12	71,21	6	10%	100%		4 *	0,6	M
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale															
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	5,00	2	67%	100%		4 *	1,2	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZIONE BLOCCO OPERATORIO PIOMBINO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,2	12	8,00	2	33%	100%		5 *	1,2	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZIONE BLOCCO OPERATORIO PIOMBINO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	85,00	0,0	12						*		
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29 consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016	85,00	0,0	12						*		
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale												
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	88,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,6
		C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	>	N.	66,67	90,00	0,6	12	0,00	-90	-100%	0%	*	0,0
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	%	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3*	0,6
		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
					IN CORSO DI VERIFICA, I DATI NON SONO PRESENTI NEL SITO MES, STIAMO VERIFICANDO CON GRC									
					gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)									
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	<	%.	185,29	159,80	0,6	12	175,34	16	10%	100%	vr 4*	0,6
		C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	<	%.	16,92	16,00	0,6	12	21,32	5	33%	20%	2*	0,1
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<	%	5,63	4,04	0,6	12	8,59	5	113%	20%	2*	0,1
1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA														
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	<	%	3,43	3,10	0,0	12					2*	
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA														
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	<	%.	8,24	6,77	0,0	12					0*	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	30,7
3 - Obiettivi REGIONALI	18,8	14,5

4 - Ob Az: ORTOPEDIA										5,4						5,4
P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro;> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	I-P04O01	>	%	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4		
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (snalla.giungchio.ed.anca).																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O01	> %	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														
		i-P09O02	> %	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q01	> %	70,00	70,00	3,3	12	70,00	0	0%	100%	*	3,3	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														
ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02	> N.		3,00	8,3	12	0,00	-3	-100%	30%	3	2,5	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)														
		Q03	> %		100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	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)														
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	1,7	12	60,00	0	0%	100%	*	1,7	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)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HP04
BLO

**SEZIONE BLOCCO
OPERATORIO PIOMBINO (106)**

Totale pesì 100,0

75,5

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

D07B

AREA CRITICA

Responsabile: Paolo Roncucci

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

101 1FDP9168

CLAUDIO RASETTO

20,0

15,1

17,6

12,7

B6	Donazioni	B6.1.1	Percentuali morti encefaliche individuate	> %.	0,30	0,33	3,5	12	0,50	0	50%	100%	*	3,5	M
cts															
<hr/>															
		B6.1.2	Percentuali donatori procurati	> %.	60,00		7,1	12	54,55			30%	3*	2,1	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
<hr/>															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %. 80%	82,70	80,00	7,1	12	87,69	8	10%	100%	3*	7,1	M
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101															
cts															

2,4

2,4

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	12						0	*																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
---	-------------------------	----	------	------	------	-----	----	--	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3,0

3,0

3,0

3,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	8.157,84	8.076,26	3,0	12	7.157,37	-919	-11%	100%	3 *	3,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015			verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

70,0

70,0

8,2

8,2

B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> sì/no	0,00	1,00	8.2	12	1,00	0	0%	100%	8.2	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	<i>Rispetto indicazioni del responsabile aziendale</i>											cts

61,8

61,8

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

5 - Obiettivi QUALITA'	7,0	4,9
5 - Obiettivi QUALITA'	7,0	4,9

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	3,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,9
			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 30/06/2017 (personale medico)
	Q03	COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %	100,00	2,0	12	100,00	0	0%	100%	*	2,0
			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	2,0	12	60,00	0	0%	100%	*	2,0
			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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Pesi **Valutazione**
p1 **P2** **p1** **P2**

101_1FDP
9168

**S.S.D. DONAZIONE ORGANI E
TESSUTI (101)**

Totale pesi 100,0

93,0

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

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

UO/UF

101_1FEU1049 **ANESTESIA E RIANIMAZIONE LUNIGIANA (101)**

ADA DOVERI

1 - Obiettivi MeS

35,0

35,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,2

7,2

B6	Donazioni	B6.1.1	Percentuali morti encefaliche individuate	> 0,30	0,50	0,0	12									
				0,5 -												
		B6.1.2	Percentuali donatori procurati	> 0,55 -	60,00	55,00	0,0	12						3	*	
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> 0,8 -	82,70	80,00	1,8	12	87,69	8	10%	100%	3	*	1,8	M
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> 0,985 -	100,00	98,50	1,8	12	99,38	1	1%	100%	5	*	1,8	M
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> 0,95 -	96,66	95,00	1,8	12	97,36	2	2%	100%	4	*	1,8	M
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95% - chiusura registro operatorio da parte degli anestesisti	0,00	80,00	1,8	12	94,10	14	18%	100%	3	*	1,8	M

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,0

26,0

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	139,69	120,00	1,8	12	127,32	7	6%	100%	4 *	1,8	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
		C5.1e	< N.	11,06	7,31	0,0	12					3 *			
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	0,0731 -				DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \								
							Il valore di raggiungimento non è di struttura ma di stabilimento; inoltre nel bersaglio MES il NOA è "verde chiaro," per cui si domanda come mai non è stato attribuito nessun risultato								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,9	12	0,73			100%	1*	0,9		
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-1,17	3,6	12	-1,92			100%	5*	3,6	M	
		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \												
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,44	3,6	12	1,75			100%	0*	3,6		
		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \												
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	65,00 0,801 -	0,80	3,6	12	100,00	99	12384 %	100%	5*	3,6	M
		DATO 2015 - Osp. Fivizzano \ Dato 2016 - Osp. Fivizzano \												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	3,6	12	4,00	1	33%	100%	4*	3,6	M
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ANESTESIA E RIANIMAZIONE 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	3,6	12	6,00	0	0%	100%	5*	3,6	M
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ANESTESIA E RIANIMAZIONE 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.	0,79	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.	0,68	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	1,8	12	88,20	8	10%	100%	4*	1,8	
		Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO												
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,8	12	2,66	0	-11%	100%	3*	1,8	
		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	1,8	12	100,00	0	0%	100%	4*	1,8	M
		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					1,8								1,8	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

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

1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA **0,0** **0,0**

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1	> %.	100,00	100%	0,0	12	32,38	-68	-68%	32%		0,0	
		Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	100% -											

dato calcolato a livello di Presidio Osp. Fivizzano

La struttura, per la tipologia di pazienti, essendo una rianimazione non dimette ma trasferisce in altro reparto. E' da togliere.

2 - Obiettivi ECONOMICI **15,0** **13,7**

2 - Obiettivi ECONOMICI **15,0** **13,7**

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	190.748,00	1.119.347,05	11,0	12	124.627,00	-994.720	-89%	100%	3*	11,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015(salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico): non comprende la distribuzione diretta -											cts

verifica del 2017-09-08 cdg H - valore totale apuana e lunigiana

I dato viene contestato in quanto:1) Non sono mai pervenuti report di monitoraggioe pertanto la situazione non poteva essere monitorata;2) Il numero di ricoveri è superiore a quelli del 2015 e pertanto l'aumento deve essere riproporzionato rispetto all'attività;3) Il dato deve essere scomposto tra Lunigiana ed Apuane

		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00		4,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3*	2,7	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %											

dato calcolato a livello di Ausl NO

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI **35,0** **33,2**

3 - Obiettivi REGIONALI **5,5** **3,7**

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00		3,7	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	1,8	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	-											

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di ANESTESIA E RIANIMAZIONE LUNIGIANA (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)

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	rispetto obiettivi contenuti nel piano - MORUZZI											cts

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

4 - Ob Az: **0,0**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO
Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. % Valutazione
 2015 **2016** **2016**

IR-SAN	IR-SANITARI	IR057 CO 118: Mappatura delle modalità organizzative / autorizzative ed analisi dei costi sulle varie tipologie di trasporti (in collaborazione con Area Amministrativa)	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
4 - Ob Az: RADIOLOGIA															
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	0,00	1,00	0,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.															
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA															
P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	9,2	12	1,00	0	0%	100%		*	9,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato															
		i-P09O02 Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno	> %	0,00	1,00	9,2	12	1,00	0	0%	100%		*	9,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato															
4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA															
P06O01	Condividere criteri omogenei 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	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	M
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	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P06O05	Completare il modello di organizzazione per intensità di cura, integrandosi con l'area medica tenendo presente le specificità degli ospedali ma con alcune linee guida: ad esempio è necessario definire un responsabile gestionale	i-P06O05 da definire indicatore	> %	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
5 - Obiettivi QUALITA'															
						15,0							14,7		
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							14,7		

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

101_1FEU
1049

**ANESTESIA E RIANIMAZIONE
LUNIGIANA (101)**

Totale pesi 100,0

96,5

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

101_1FEU2049 **ANESTESIA E RIANIMAZIONE APUANA (101)**

ALBERTO BARATTA

1 - Obiettivi MeS**35,0****29,8****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,6****8,7**

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.		0,50	2,6	12	0,50	0	0%	100%	*	2,6	
		Percentuali morti encefaliche individuate	50%											cts
		B6.1.2	> %.	60,00	55,00	2,8	12	54,55	0	-1%	30%	3 *	0,8	
		Percentuali donatori procurati	0,55 -					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,4	12	87,69	8	10%	100%	3 *	1,4	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 -					fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101						
		B8.4.1	> %.		99,00	1,3	12	99,38	0	0%	100%	5 *	1,3	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	99%					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						
		B8.4.11	> N.		95,00	1,3	12	97,36	2	2%	100%	4 *	1,3	cts
		Qualità del flusso informativo SDO	95%					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	1,3	12	94,10	14	18%	100%	3 *	1,3	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%					assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.						
								fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)						

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**23,1****19,9**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	139,69	120,00	1,4	12	125,27	5	4%	100%	5 *	1,4	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane						
		C5.1e	< N.	22,22	7,41	0,0	12					3 *		
		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						
								I valore di raggiungimento non è di struttura ma di stabilimento; inoltre nel bersaglio MES il NOA è "verde chiaro" per cui si domanda come mai non è stato attribuito nessun risultato						
		C8b.2	< N.	0,00	0,68	0,7	12	0,00	-1	-100%	100%	1 *	0,7	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	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

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-1,00	2,6	12	-0,39	1	-61%	75%	vr	3 *	1,9	cts	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015			Dati 2016 livello di calcolo presidio Ospedale delle Apuane								
							dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo								
		C2a.M	< N.	0,22	2,8	12	0,20	0	-9%	100%		2 *	2,8	cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		0,217124289195776 -			Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \								cts
	Governo delle risorse economiche	C2a.M_dip	<	0,00	2,6	12	0,00	0	#Error e	0%		*	0,0		
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015			valutaz. 2017-11-05								
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	80,00	2,6	12	82,23	2	3%	100%		4 *	2,6	cio	
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		80%			Dati 2016 livello di calcolo presidio Ospedale delle Apuane								cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,8	12	6,00	3	100%	100%	4 *	2,8	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 ANESTESIA E RIANIMAZIONE APUANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts
		C6.2.2	> N.	6,00	3,8	12	6,00	0	0%	100%		5 *	3,8	cio	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		6			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo ANESTESIA E RIANIMAZIONE APUANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts
		C6.5.3	> N.	85,00	0,0	12						*		cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		>=85			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts
		C6.5.4	> N.	85,00	0,0	12						*		cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		>=85 -			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts
		C6.5.5	> N.	80,00	1,3	12	88,20	8	10%	100%		4 *	1,3	cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		>=80			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								cts
		C6.6	< %	3,00	1,3	12	2,66	0	-11%	100%		3 *	1,3	cio	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		>=3			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,3	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					1,3								1,3		

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	7,00	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza	6,77											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	1,3	12	796,00	-3	0%	100%		1,3	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts

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

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

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1	> %.		100,00	0,0	12	58,39	-42	-42%	58%		0,0	
-------------	---	-----------	------	--	--------	-----	----	-------	-----	------	-----	--	-----	--

Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD 100%

dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane

La struttura, per la tipologia di pazienti, essendo una rianimazione non dimette ma trasferisce in altro reparto. E' da togliere. Nota CDG: l'indicatore è stato messo solo a questa struttura e all'figlia della Lunigiana

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	939.906,00	1.119.347,05	11,3	12	1.179.694,00	60.347	5%	30%	3*	3,4	cio
----------	--	--------	------	------------	--------------	------	----	--------------	--------	----	-----	----	-----	-----

Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI

verifica del 2017-09-08 cdg H - valore totale apuana e lunigiana

I dato viene contestato in quanto:1) Non sono mai pervenuti report di monitoraggioe pertanto la situazione non poteva essere monitorata;2) Il numero di ricoveri è superiore a quelli del 2015 e pertanto l'aumento deve essere riproporzionato rispetto all'attività;3) Il dato deve essere scomposto tra Lunigiana ed Apuane

		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	3,7	12	31,31	-54	-63%	67%	3*	2,5	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD												

almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %

dato calcolato a livello di Ausl NO

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	1,2	12	16,67	-73	-81%	50%	vr	0,6	
-------------	--	-----	-----	--	-------	-----	----	-------	-----	------	-----	----	-----	--

E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di ANESTESIA E RIANIMAZIONE APUANA (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)

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

Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale

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

partecipazione ad almeno un corso di formazione organizzato dall'azienda

Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	IR172	> si/no	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	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	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza												
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												

IR-SAN	IR-SANITARI	IR057	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
CO 118: Mappatura delle modalità organizzative / autorizzative ed analisi dei costi sulle varie tipologie di trasporti (in collaborazione con Area Amministrativa)														

4 - Ob Az: RADIOLOGIA **0,0** **0,0**

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

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA **11,3** **11,3**

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01	> %	0,00	1,00	5,6	12	1,00	0	0%	100%	*	5,6	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

i-P09O02	>	%	0,00	1,00	5.6	12	1,00	0	0%	100%	*	5.6	M	cic
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASL TNO entro giugno														
- collaborazione con la DMPO con peso da definire														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

4 - Ob Az: SICUREZZA ALIMENTARE **9,2** **9,2**

P19O07	Formulare ipotesi per il supporto amministrativo unico (es. Fatturazione attiva, riscossione tributi, ecc.)	i-P19O07	> %	0,00	1,00	9,2	12	1,00	0	0%	100%	*	9,2	M
da definire indicatore														
Predisposizione di un documento e del cronoprogramma di implementazione della subintensiva unica con superamento delle subintensive specialistiche mediche/cardiologiche														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / realizzato														

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA **11,5** **11,5**

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	9,2	12	1,00	0	0%	100%	*	9,2	M
Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione														
Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione														
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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P06O01	<u>Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	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	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P06O05	<u>Completare il modello di organizzazione per intensità di cura, integrandosi con l'area medica tenendo presente le specificità degli ospedali ma con alcune linee guida: ad esempio è necessario definire un responsabile gestionale</u>	i-P06O05 da definire indicatore	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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	3,2	12	100,00	0	0%	100%	*	3,2	cio cts	
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	2,4	12	3,00	2	200%	100%	3	*	2,4	cio 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 CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	3,5	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,2	M	cio cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO															
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	2,4	12	100,00	0	0%	100%	*	2,4	cio cts	
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)															
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	3,5	12	60,00	0	0%	100%	*	3,5	cio cts	
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2 Valutazione
p1 P2

101_1FEU
2049

**ANESTESIA E RIANIMAZIONE
APUANA (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)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

102 102020

SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE (102)

FERDINANDO CELLAI

ROBERTO PASQUINELLI

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,9

4,5

B6	Donazioni	B6.1.1	Percentuali morti encefaliche individuate	> %.	0,33	0,6	12	0,25	0	-25%	75%	1*	0,4	
verificare se anche di competenza della Neurologia / da definire														
Osp. Lucca														
B6.1.2														
Percentuali donatori procurati														
> %.														
60,00														
0,6														
12														
100,00														
50%														
5*														
0,3														
M														
/ da definire														
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \														
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,2	12	95,55	16	19%	100%	3*	1,2
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														
> %.														
100,00														
98,50														
0,7														
12														
99,38														
1														
1%														
100%														
5*														
0,7														
M														
/ 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														
0,7														
12														
97,36														
2														
2%														
100%														
4*														
0,7														
M														
/ 95														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
B8.4.12														
Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi														
> %.														
38,25														
90,00														
0,0														
12														
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														
99,99														
10														
11%														
100%														
*														
0,7														
M														
/ 90														
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102														
B8.4.14b														
Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato														
> N.														
0,00														
80,00														
0,5														
12														
109,30														
29														
37%														
100%														
3*														
0,5														
M														
/ completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95%														
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.														
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)														
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														
26,6														
16,3														
C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	46,15	34,16	0,0	12				2*		
/ 34,16														
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,7	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,7	
		% ricoveri in DH medico con finalita' 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 SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE (102)												
		C14.4	< %	3,26	2,20	1,2	12	3,70	2	68%	75%	vr 3 *	0,9	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		/ 2,2%										
		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:												
		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.	12,91	12,91	3,4	12	-3,30	-16	-126%	100%	1 *	3,4	M cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		/ valore 2015										cts
		C2a.M	< N.	-0,96	-0,96	3,4	12	-0,60	0	-38%	75%	vr 2 *	2,6	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												
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %	69,82	80,54	11,8	12	70,03	-11	-13%	22%	2 *	2,6	M cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		/ 80,540833333										cts
		DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	2,1	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,1	M 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 SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE (102) - fascia relativa alla Ausl TNO												
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,1	M cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 6										cts
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE (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	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										cts
		\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO												
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,7	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,7	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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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. / 100	83,33	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,7	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												3,4	3,4
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----

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

2 - Obiettivi ECONOMICI												15,0	14,3
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------

2 - Obiettivi ECONOMICI												15,0	14,3
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.311.038,94	1.297.928,55	12,0	12	1.185.500,51	-112.428	-9%	100%	3 *	12,0	M	cio
/ Min(valore 2014;valore 2015-1%) verifica del 2017-09-08 cdg H - sommando lucca e valle l'importo non torna con il consuntivo															

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3 *	2,3	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	31,4
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI												17,1	13,5
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	7,1	12	23,53	-66	-74%	50%	vr	*	3,6
		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 ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE (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	7,1	12	1,00	0	0%	100%		7,1	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 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale														cts
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY														

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01	> %	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														
		i-P09O02	> %	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno														cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no / si	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione														
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	> si/no	0,00	1,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%	*	4,5	M
Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015 Budget 2016 * Pesì Mese Consuntivo 2016 Scost. % Scost. 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
	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
		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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_10202
0

**SC ANESTESIA E
RIANIMAZIONE (102)**

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)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

102 102021

SIMONE CAVANI

ALBA BERTI

1 - Obiettivi MeS

35,0

34,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,9

2,9

I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA	27,0	26,1
---	------	------

C5a

Qualità di processo

C5.2

> %.

79,70

17,7

12

19

%

★ 17,7

M cio

cts

C6c	Rischio Clinico																		
	C6.2.1	>	%.	1,51	3,00	3,1	12	2,00	-1	-33%	73%	4	*	2,3	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. ANEST. E RIANIM - H VDS (102) - fascia relativa alla Ausl TNO												
	C6.2.2	>	N.	3,24	6,00	3,1	12	3,00	-3	-50%	100%	vr	5	*	3,1	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. ANEST. E RIANIM - H VDS (102) - fascia relativa alla Ausl TNO												
							realizzati 6 M&M TRA Lucca e la valle del Serchio (stessa UOC+UOS) (+ partecipazione ad esterni)												
	C6.5.3	>	N.		85,00	0,0	12							*		cio			
	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	/85					Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica												
	C6.5.4	>	N.		85,00	0,0	12							*		cio			
	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	/85					Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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	1,0	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,0	cio
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	1,0	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,0	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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,0	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)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €. / Min(valore 2014;valore 2015-1%)	0,00		15,0	12	0,00	0	-100%	100%	3 *	15,0	cio
valutaz. 2017-11-05														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)	> % / allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO	90,00		13,2	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	6,6	
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S. ANEST. E RIANIM - 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)														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	M cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														cts
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	cio
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY														cts

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O01	> %	0,00	1,00	8,3	12	1,00	0	0%	100%	*	8,3	M
a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														
		i-P09O02	> %	0,00	1,00	8,3	12	1,00	0	0%	100%	*	8,3	M
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

5 - Obiettivi QUALITA'

													15,0	14,8
5 - Obiettivi QUALITA'													15,0	14,8
B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	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).														
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)														
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02	> N.		3,00	5,8	12	6,00	3	100%	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														
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)														
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														
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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio cts
		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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_10202
1

**S.S. ANEST. E RIANIM - H VDS
(102)**

Totale pesì 100,0

92,4

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD103220 **UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE AVC (105)**

JOERG LEHLE

1 - Obiettivi MeS													35,0	25,4		
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI													6,7	6,7		
B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	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	B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.	0,9 -	90,00	1,1	12	97,15	7	8%	100%		1,1	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105	
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	5,6	12	95,90	16	20%	100%	3 *	5,6	assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO. fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)	
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA													27,2	17,6		
C5a	Qualità di processo	C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	0,837859459459459 -	85,19	0,84	5,6	12	86,36	86	10207 %	100%	4 *	5,6	DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \
		C5a	Qualità di processo	> -	-	0,00	5,6	12	0,00			30%	3 *	1,7	Dati 2016 livello di calcolo presidio Osp. Volterra	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	da definire -	1,51	1,00	1,1	12	0,00	-1	-100%	40%	4 *	0,4	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE AVC (105) - fascia relativa alla Asl TNO
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	da definire -	3,24	6,00	1,1	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,6	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE AVC (105) - fascia relativa alla Asl 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	1,00	0,0	12							Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

[illegible]

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

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	33,2
---	-------------	-------------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

3 - Obiettivi REGIONALI												5,4	3,6
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	4,0	12	50,00	-40	-44%	56%	2,2	
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE AVC (105)													
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	1,3	M
- rispetto indicazioni del responsabile aziendale assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													
4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE												2,7	2,7
P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07 Prevenzione degli erroriAB0	> si/no	0,00	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7	M
- n° richieste trasfusioni completate secondo procedura / n° richieste trasfusioni >= 80%													
controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri formativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto													
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA												26,9	26,9
P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	20,2	12	1,00	0	0%	100%	20,2	M
- a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione c													
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													
i-P09O02 Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno													
- Invio alla Direzione Aziendale proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													
5 - Obiettivi QUALITA'												15,0	12,8
5 - Obiettivi QUALITA'												15,0	12,8
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	3,5	12	100,00	0	0%	100%	3,5	
- 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	2,6	12	0,00	-3	-100%	30%	0,8	
- verbali di tre incontri valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget -													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	3,8	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,5	M	cio
					- N impegni rispettati / impegni da rispettare									cts	
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	2,6	12	100,00	0	0%	100%	*	2,6		cio
					- 100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)									cts	
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	2,6	12	60,00	0	0%	100%	*	2,6		cio
					- 60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)									cts	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

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
32207

**UO ANESTESIA E
RIANIMAZIONE AVC (105)**

Totale pesì 100,0

86,4

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

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

UO/UF

105_BD103340 **UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE VDE (105)**

2

CARNESECCHI PAOLO

1 - Obiettivi MeS										35,0	26,1			
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										9,9	8,8			
B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %. 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														
Il valore è di ATNO ma per l'anestesia e rianimazione non sono rilevati in azienda criticità sui tempi d'attesa (ambulatorio terapia antalgica)														
B6	Donazioni	B6.1.1 Percentuali morti encefaliche individuate	> %. Anno 2014. Budget da definire	0,33	0,33	1,6	12	0,50	0	50%	100%		1,6	M
Osp. Pontedera														
		B6.1.2 Percentuali donatori procurati	> %. 0,55 -	0,00	55,00	1,6	12	20,00	-35	-64%	36%	0 *	0,6	M
DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \														
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %. 0,8 -	82,70	80,00	0,8	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,8	M
fonte dati infview 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	0,8	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	> %. 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	0,8	12	97,15	7	8%	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 105														
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N. completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95% -	0,00	80,00	4,1	12	95,90	16	20%	100%	3 *	4,1	M
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.														
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)														
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA										24,3	16,5			
C	Valutazione sanitaria	C2 Efficienza attività di ricovero	> N. -			1,6	12	0,00			20%	2 *	0,3	
Dati 2016 livello di calcolo presidio Osp. Pontedera														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	140,53	120,00	1,6	12	124,72	5	4%	100%	5*	1,6	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -											
		C1a	>			3,3	12	0,00			50%	5*	1,6	
		Capacità di governo della doamnda	-											
		C5.1e	< N.	12,50	7,70	0,0	12					2*		
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	0,0770486446886447 -											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-3,44	0,28	0,8	12	-11,56	-12		100%	2*	0,8	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	0,277828676133761 -							4260%				
		C2a.M	< N.	-0,58	-0,74	0,8	12	-0,34	0	-54%	75%	vr	3*	0,6
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	-0,735350482315112 -											
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	83,21	0,84	2,1	12	88,50	88	10463 %	100%	5*	2,1	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	0,837859459459459 -											
		C5a	>	0,00		2,1	12	0,00			30%	3*	0,6	
		Qualità di processo	-											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	1,00	0,8	12	2,00	1	100%	100%	4*	0,8	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	da definire -											
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	0,8	12	19,00	13	217%	100%	5*	0,8	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	da definire -											
		C6.5.3	> N.	1,00	1,00	0,0	12							
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	da definire -											
		C6.5.4	> N.	1,00	1,00	0,0	12							
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	da definire -											
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,4	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,4	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	da definire -											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % da definire -	2,42	1,00	0,8	12	2,66	2	166%	100%	vr	3	0,8	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
- solo 3 strutture ad avere obiettivo diverso da tutti e non raggiunto															
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. da definire -	83,33	100,00	0,8	12	100,00	0	0%	100%		4	0,8	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	B4.1.3 Consumo di morfina	< -	3,78	1,00	2,1	12	2,86	2	186%	33%		1	0,7	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era															
		B4.1.5 Incidenza della morfina	< -	5,01	1,00	2,1	12	3,33	2	233%	42%		1	0,9	M
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	4,1	12	2,55	0	-15%	85%			3,5	
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. 5,73 -	8,24	5,73	0,0	12						0		cio
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	0,8	12	796,00	-3	0%	100%			0,8	M
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								14,5	
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €. tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 -	981.390,04	971.576,14	13,6	12	935.228,48	-36.348	-4%	100%		3	13,6	M
verifica del 2017-09-08 cdg H -															
		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		1,4	12	31,31	-54	-63%	67%		3	0,9	cio
dato calcolato a livello di Ausl NO															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI						3,0								2,8	
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	------------	--

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	1,0	12	75,00	-15	-17%	83%	*	0,8	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	-										% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO ANESTESIA E RIANIMAZIONE VDE (105)
		RT7	> si/no	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	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	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	- rispetto indicazioni del responsabile aziendale										cts assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
4 - Ob Az: CARDIOLOGIA					5,0							5,0	
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	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	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					4,0							4,0	
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	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
		Definizione Linea Guida	- Definizione Linea Guida										Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Delibera
		i-P44O05a	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
		attivazione fibrinolisi endovena	- attivazione fibrinolisi endovena										Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE					2,0							2,0	
P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M cio
		Prevenzione degli erroriABO	- n° richieste trasfusioni completate secondo procedura / n° richieste trasfusioni >= 80%										cts controdeduzioni CdR del 2017-09-28: presenti procedure di ambito territoriale. Le strutture applicano le check sicurezza ABO previste dalle procedure aziendali. Effettuati incontri formativi o M&M educativi sulla prevenzione rischio ABO. Si ritiene l'obiettivo raggiunto
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA					12,0							12,0	
P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01	> %	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	10,0	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	- a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro 30/09 e delibera entro 31/12;c) Unificazione dell'ufficio di programmazione c										Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO
Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
 2015 **2016** **2016** % **Valutazione**

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O02 Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno	> %	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,0	M	cio
- Invio alla Direzione Aziendale proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato															

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	Condividere criteri omogenei 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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,0	M	
- Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione															
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	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,0	M	
- Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P06O05	Completare il modello di organizzazione per intensità di cura, integrandosi con l'area medica tenendo presente le specificità degli ospedali ma con alcune linee guida: ad esempio è necessario definire un responsabile gestionale	i-P06O05 da definire indicatore	> %	0,00	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 4,0	M	
- Predisposizione di un documento e del cronoprogramma di implementazione della subintensiva unica con superamento delle subintensive specialistiche mediche/cardiologiche															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							* 14,6		
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							* 14,6		
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	3,1	12	100,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 3,1	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	2,7	12	3,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,7	cio	cts
- 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 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11															
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	4,0	12	81,54	-8	-9%	91%	<input type="checkbox"/>	* 3,6	M	cio
- N impegni rispettati / impegni da rispettare															
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	2,7	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

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
33402

**UO ANESTESIA E
RIANIMAZIONE VDE (105)**

Totale pesì 100,0

90,2

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HC04SAR U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE CECINA (106)

CARLO AMADORI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

35,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,8

10,8	
------	--

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	82,70	80,00	0,8	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,8	
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	8,3	12	99,38	1	1%	100%	5*	8,3			
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	0,8	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,8			
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	0,8	12	96,33	6	7%	100%		0,8			
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																
B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	>	N.	0,00	80,00	0,0	12					3*				
completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%																
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.																
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)																

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

20,0

20,0	
------	--

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.	6,61	7,31	0,0	12					3		
				consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \									
<hr/>															
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,8	12	0,44	0	-19%	100%	4	0,8	M
				Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	4,2	12	81,82	5	7%	100%	3 *	4,2	
			Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-4,50	-0,61	2,5	12	-10,48	-10	1618%	100%	3 *	2,5	M
			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA											
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	1,64	0,80	4,2	12	0,54	0	-33%	100%	2 *	4,2	M
			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \											
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	87,03	87,03	1,7	12	89,78	3	3%	100%	5 *	1,7	M
			consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,7	12	7,00	4	133%	100%	4 *	1,7	M
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,7	12	18,00	12	200%	100%	5 *	1,7	M
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12							
			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12							
			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									
		C6.5.5 Indice di 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	
			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	0,8	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,8	
			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	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,8	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						4,2								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza												cts
		E3	< %.	815,00	799,00	4,2	12	796,00	-3	0%	100%		4,2	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	337.812,92	334.434,79	15,0	12	1.029.081,99	694.647	208%	30%	3*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	5,8	12	16,67	-73	-81%	50%	vr		2,9	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)												
		RT14	> si/no	1,00	3,9	12	0,20	-1	-80%	20%			0,8	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)												
		RT7	> si/no	1,00	9,7	12	1,00	0	0%	100%			9,7	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	3,9	12	1,00	0	0%	100%			3,9	M cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												cts

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no	0,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%			3,9	M
		Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P06O01	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 Dir. PPOO	0,00	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	*	3,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P06O05	Completare il modello di organizzazione per intensità di cura, integrandosi con l'area medica tenendo presente le specificità degli ospedali ma con alcune linee guida: ad esempio è necessario definire un responsabile gestionale	i-P06O05 da definire indicatore	> %	0,00	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	*	3,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

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	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	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	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	5,8	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,7	cio cts
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)														
		Q02a 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	M cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio cts
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio cts
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										
			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

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_HC04 SAR	U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE CECINA (106)	Totale pesi		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)

UO/UF

106_HL04AER **U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE LIVORNO (106)**

PAOLO RONCUCCI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****33,1****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****15,8****15,8**

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,60	0,60	6,5	12	2,36	2	293%	100%	5 *	6,5	M	cts
		Percentuali morti encefaliche individuate	Anno 2014. Budget da definire		Osp. Livorno										
		B6.1.2	> %.	68,00	50,00	0,7	12	57,58	8	15%	100%	3 *	0,7		
		Percentuali donatori procurati	Anno 2014. Budget da definire		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \										
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,7	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,7	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infoweb regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106										cts
		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	6,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,6		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
		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 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	0,7	12	96,33	6	7%	100%		0,7		cio
		Qualità del flusso informativo SPA			fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106										cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3 *			cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.										
		fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n° interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**15,9****14,0**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	133,64	120,00	0,7	12	123,41	3	3%	100%	5 *	0,7	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,14	7,31	0,0	12						2*			
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \																
Non pertinente per la Terapia Intensiva																
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	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																
C14	Appropriatezza medica	C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	3,3	12	79,41	3	4%	100%	3*	3,3			
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.	-9,79	0,10	2,0	12	-10,58	-11	-	100%	2*	2,0	M	cio	
10675 % fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA																
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	3,3	12	0,85	0	113%	75% vr	1*	2,5		cio	
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \																
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo																
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	76,72	80,10	1,3	12	68,88	-11	-14%	20%	2*	0,3		cio	
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	1,3	12	7,00	4	133%	100%	4*	1,3	M	cio	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE 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	1,3	12	11,00	5	83%	100%	5*	1,3	M	cio	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE 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					*			cio	
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12					*			cio	
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,7		cio	
\ \ \ \ 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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6	< %	2,42	3,00	0,7	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,7	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti												cts

consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

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

Anno 2014. Budget da definire dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

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

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

Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.009.503,31	999.408,28	15,0	12	966.021,34	-33.387	-3%	100%	3 *	15,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts

verifica del 2017-09-08 cdg H -

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	6,6	12	36,36	-54	-60%	50%	vr	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. ANESTESIA E RIANIMAZIONE LIVORNO (106)

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

		RT14	> si/no		1,00	4,4	12	0,20	-1	-80%	20%		0,9	
--	--	------	---------	--	------	-----	----	------	----	------	-----	--	-----	--

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	10,9	12	1,00	0	0%	100%		10,9	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

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	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: TERAPIA INTENSIVA 8,8 8,8

P06O01	<u>Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	M
Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione														
Dir. PPOO A risorse invariate														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

<u>Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	i-P06O01a	> si/no	0,00	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%		4,4	M
Sudio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)													
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	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								cts

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)													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	>	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)			verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbalità inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)								cts	
							verbalità inviati il 2017-09-24									
		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)					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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				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	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

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
AER

**U.O.C. ANESTESIA E
RIANIMAZIONE LIVORNO (106)**

Totale pesì 100,0

91,1

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

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

106 HP04SAR

MICHELE CASALIS

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,8

10,8	
------	--

B8	Gestione Dati
B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %. <i>consuntivo 2015 fonte MES</i> 82,70 80,00 0,8 12 86,83 7 9% 100% 3* 0,8 <i>fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106</i> <i>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</i>
B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %. <i>consuntivo da verificare</i> 100,00 98,50 8,3 12 99,38 1 1% 100% 5* 8,3 <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 0,8 12 97,36 2 2% 100% 4* 0,8 <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 0,8 12 96,33 6 7% 100% * 0,8 <i>fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106</i>
B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N. 0,00 80,00 0,0 12 3* <i>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.</i> <i>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)</i>

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

20,0

16,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,8	12	121,93	2	2%	100%	5*	0,8	M
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia									
<hr/>															
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,16	7,31	0,0	12					4*		
				consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \									
La performance del Presidio ospedaliero di Piombino mostra un trend in miglioramento rispetto all'anno 2015. L'indicatore non è comunque pertinente per la Terapia Intensiva..															
<hr/>															
		C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,8	12	0,40	0	-26%	100%	4*	0,8	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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C4.9	> %.	88,57	76,45	4,2	12	70,49	-6	-8%	20%	2 *	0,8	
		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 di Cornia
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-2,95	-0,10	2,5	12	-9,43	-9	9327%	100%	2 *	2,5	M cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												cts
		C2a.M	< N.	-3,35	0,00	4,2	12	-4,10	-4	-	100%	2 *	4,2	M cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici								40979 2%				cts
														fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	72,54	80,10	1,7	12	81,25	1	1%	100%	4 *	1,7	M cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016											cts
														DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,7	12	4,00	1	33%	100%	4 *	1,7	M cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,7	12	10,00	4	67%	100%	5 *	1,7	M cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE PIOMBINO/ELBA (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											cts
														Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016											cts
														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	0,8	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											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	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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											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)

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											cts

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

		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	4,2	12	796,00	-3	0%	100%		4,2	M	cio
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere											cts

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	337.812,92	334.434,79	15,0	12	1.029.081,99	694.647	208%	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 - valore totale cecina-piombino-elba							cts

verifica del 2017-09-08 cdg H - valore totale cecina-piombino-elba

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	5,8	12	9,09	-81	-90%	50%	vr *	2,9		
				da aggiornare pre-consuntivo											

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE PIOMBINO/ELBA (106)

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

		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	3,9	12	0,20	-1	-80%	20%		0,8		

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	9,7	12	1,00	0	0%	100%		9,7		cio

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA 11,7 11,7

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,9	M
		Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione		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	> si/no	0,00	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,9	M
		Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)		Dir. PPOO										
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
P06O05	Completare il modello di organizzazione per intensità di cura, integrandosi con l'area medica tenendo presente le specificità degli ospedali ma con alcune linee guida: ad esempio è necessario definire un responsabile gestionale	i-P06O05	> %	0,00	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,9	M
		da definire indicatore		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	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
<hr/>															
		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)		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
<hr/>															
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)		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 07/09/2017 (personale medico) mail VA del 25/08								cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a	> N.	0,00	90,00	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)													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													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)													cts

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

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HP04
SAR

**U.O.C. ANESTESIA E
RIANIMAZIONE
PIOMBINO/ELBA (106)**

Totale pesì 100,0

79,9

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_5L5 ANESTESIA E RIANIMAZIONE (112)

STEFANO BUZZIGOLI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,0

6,6

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,33	0,33	3,4	12	0,90	1	170%	100%	5 *	3,4	M	cts
		Percentuali morti encefaliche individuate	Anno 2014. Budget da definire		Osp. Versilia										
		B6.1.2	> %.	75,00	75,00	3,4	12	66,67	-8	-11%	40%	4 *	1,4		
		Percentuali donatori procurati	Anno 2014. Budget da definire		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \										
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2	cio	cts
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infoweb 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	> %.	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6	cio	cts
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *			
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	obiettivo annullato in quanto non è disponibile allo stato attuale un monitoraggio a livello di unità operativa, obiettivo valutato alle direzioni di presidio su dato aziendale												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,6	12	99,53	10	11%	100%	*	0,6	cio	cts
		Qualità del flusso informativo SPA	fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,8

20,7

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	88,17	95,00	3,4	12	83,93	-11	-12%	20%	2 *	0,7	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	2,3	12	-0,61	0	11%	100%	3 *	2,3	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	2,3	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																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	92,60	92,98	5,6	12	95,45	2	3%	100%	5 *	5,6	M	cio
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,1	12	5,00	2	67%	100%	4 *	1,1	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 ANESTESIA E RIANIMAZIONE (112) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,1	12	10,00	4	67%	100%	5 *	1,1	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 ANESTESIA E RIANIMAZIONE (112) - 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															
		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															
		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															
		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															
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M	cio
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)															
Anno 2014. Budget da definire															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
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	5,6	12	2,55	0	-15%	85%		*	4,8	
Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica															
come da DGRT															
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica															
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						1,1	1,1								
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *		cio	
Percentuale di assenza															
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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	889.695,00	880.798,05	15,0	12	985.734,85	104.937	12%	30%	3	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014): non comprende la DDclasseA										cts	

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	35,0
3 - Obiettivi REGIONALI	4,2	4,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	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	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	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	2,1	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: SALA OPERATORIA	2,1	2,1
----------------------------	-----	-----

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O01	>	%	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz													
		i-P09O02	>	%	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno													

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA	28,6	28,6
------------------------------	------	------

P06O01	<u>Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	i-P06C01	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	5,3	12	1,00	0	0%	100%	5,3	M
		Dir. PPOO A risorse invariate		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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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

P06O01	<u>Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	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	5,3	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P06O02	<u>Aumentare i posti letto di terapia intensiva del P.O. di Livorno, anche per assecondare i fabbisogni postchirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)</u>	i-P06O02 da definire indicatore	>	0,00	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	M
valutaz. 2017-11-05														
P06O03	<u>Omogeneizzare il modello organizzativo dell'UTIC secondo le linee guida di unico team assistenziale e vicinanza logistica con il livello intensivo (già così a Lucca ed a Massa)</u>	i-P06O03 da definire indicatore	>	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	*	4,2	M
valutaz. 2017-11-05														
P06O04	<u>Viareggio e Pontedera rivedere la distribuzione di ppil di terapia intensiva e sub intensiva</u>	i-P06O04 da definire indicatore	>	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	*	4,2	M
valutaz. 2017-11-05														
P06O05	<u>Completare il modello di organizzazione per intensità di cura, integrandosi con l'area medica tenendo presente le specificità degli ospedali ma con alcune linee guida: ad esempio è necessario definire un responsabile gestionale</u>	i-P06O05 da definire indicatore	> %	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	*	4,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,0	12	70,00	0	0%	100%	*	3,0	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità" (Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														
diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità														
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0	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 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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,9	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,0	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)											cts
		Q03	> %	100,00	2,0	12	100,00	0	0%	100%	* 2,0		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts
		Q04	> %	60,00	2,0	12	60,00	0	0%	100%	* 2,0		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

112_5L5

**ANESTESIA E RIANIMAZIONE
(112)**

Totale pesì 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

D07A

AREA EMERGENZA URGENZA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_112_17L5
_massa**CENTRALE OPERATIVA 118 (112) (creata nel 2017 per area nord)****1 - Obiettivi MeS****35,0****34,1****1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****29,2****28,3**

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. 3	3,00	5,8	12	5,00	2	67%	100%	4 *	5,8	cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CENTRALE OPERATIVA 118 (112) (creata nel 2017 per area nord) - fascia relativa alla Ausl TNO													
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. 6	6,00	5,8	12	6,00	0	0%	100%	5 *	5,8	cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CENTRALE OPERATIVA 118 (112) (creata nel 2017 per area nord) - fascia relativa alla Ausl TNO													
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % >=3	3,00	5,8	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	5,8	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	5,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	5,8	M cio cts
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)													
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. come da DGRT	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													

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA**5,8****5,8**

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. 6,77	8,24	7,00	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	5,8	12	796,00	-3	0%	100%	*	5,8	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													

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

AT 11	Censimento della telefonia mobile (sia dei contratti che relativa mappatura delle dotazioni) con obiettivo riduzione dei costi	i-AT_11	>	0,00	1,00	3,5	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	2,6
		1) Entro giugno mappatura2) Razionalizzazione costi		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Manca dato sulla razionalizzazione costi									

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

4 - Ob Az: NEUROLOGIA **10,5** **7,0**

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-P44O04a n° consulenza neurologiche per codice rosso stroke	> N.	0,00	1,00	3,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		n° consulenza neurologiche per codice rosso stroke												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° fibrinolisi 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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	M
		mortalità a 30 gg per ictus (PNE)												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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	M
		Definizione Linea Guida												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Delibera

5 - Obiettivi QUALITA'

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

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	2,5	12	70,00	0	0%	100%	*	2,5	cio cts
		Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	2,5	12	100,00	0	0%	100%	*	2,5	cio cts
		Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		1,00	2,5	12	0,00	-1	-100%	30%	3	0,8	cio cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	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 cio cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	2,5	12	100,00	0	0%	100%	*	2,5	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	2,5	12	60,00	0	0%	100%	*	2,5	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)						cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_112_1
7L5_mass
a

**CENTRALE OPERATIVA 118
(112) (creata nel 2017 per area
nord)**

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)

UO/UF

101_1FEU110 **MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE URGENZE (101)****1 - Obiettivi MeS****35,0****31,2**

1 - Obiettivi MeS

1,0**0,0**

B3c	Soddisfazione del cittadino	D9	< %.	3,00	1,0	12	4,55	2	52%	0%	*	0,0
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	3,10%									

Dato 2016 - Ospedale delle Apuane | | |

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,2**5,8**

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,50	2,1	12	0,50	0	0%	100%	*	2,1
		Percentuali morti encefaliche individuate	50%									

cts

B6.1.2	> %.	60,00	55,00	2,1	12	54,55	0	-1%	30%	3*	0,6
Percentuali donatori procurati	55%										

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

B8	Gestione Dati	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

B8.4.7	> N.	87,18	90,00	3,1	12	91,66	2	2%	100%	3*	3,1
Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	90%										

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

M cio

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

20,6**20,1**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	139,69	120,00	1,0	12	125,27	5	4%	100%	5*	1,0
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120										

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane

M

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	81,00	3,1	12	76,39	-5	-6%	100%	2*	3,1
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	81%									

Dato 2016 - Ospedale delle Apuane | | |

cio

C16.2	> %.	81,00	3,1	12	79,65	-1	-2%	100%	2*	3,1
% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	81%									

Dato 2016 - Ospedale delle Apuane | | |

cio

C16.3	> %.	88,00	3,1	12	86,28	-2	-2%	100%	3*	3,1
% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	88%									

Dato 2016 - Ospedale delle Apuane | | |

cio

cts

C16.4	> %	96,00	3,1	12	98,59	3	3%	100%	5*	3,1
% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	96%									

Dato 2016 - Ospedale delle Apuane | | |

cio

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI**15,0****5,1**

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0**5,1**

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	475.733,51	470.976,17	13,3	12	476.620,42	5.644	1%	30%	3	*	4,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015	verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts	
<hr/>															
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00		1,7	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,2	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									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**35,0****28,4**

3 - Obiettivi REGIONALI

5,2**3,5**

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	3,5	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	1,7	
		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 U.O.MEDICINA E CHIR.ACCELT.URGENZA/CONTI										
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	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: NEUROLOGIA

5,3**3,5**

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-P44O04a	> N.	0,00	1,00	1,7	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		n° consulenza neurologiche per codice rosso stroke		n° consulenza neurologiche per codice rosso stroke		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								
<hr/>														
		i-P44O04b	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*		
		n° fibrinolisi endovena eseguite		n° fibrinolisi endovena eseguite		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato non è calcolabile								
<hr/>														
		i-P44O04c	> %	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M
		mortalità a 30 gg per ictus (PNE)		mortalità a 30 gg per ictus (PNE)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / PROSE 2016: dato ARS 2016 ATNO in riduzione rispetto al 2015								
<hr/>														
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	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

4 - Ob Az: PS						17,5							14,9		
P07001	<u>Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)</u>	i-P07001 Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA	> N.	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M	
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto									
P07003	<u>Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi</u>	i-P07003 Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)	> %	0,00	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	M	cio
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento									
P07004	<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-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	cio
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari									
P07005	<u>Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore</u>	i-P07005 3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)	> N.	0,00	1,00	5,2	12	1,00	0	0%	100%	*	5,2	M	cio
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati									
P07006	<u>Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box...., ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali</u>	i-P07006 N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage	> %	0,00	1,00	3,5	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,6	M	cio
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca									
4 - Ob Az: RADIOLOGIA						1,7							1,3		
P12001	<u>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</u>	i-P12001 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	0,00	1,00	1,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,3	M	
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.									
4 - Ob Az: SICUREZZA ALIMENTARE						5,2							5,2		
P19007	<u>Formulare ipotesi per il supporto amministrativo unico (es. Fatturazione attiva, riscossione tributi, ecc.)</u>	i-P19007 da definire indicatore	> %	0,00	1,00	5,2	12	1,00	0	0%	100%	*	5,2	M	
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / realizzato									
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							12,5		
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0							12,5		

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	0,0	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.						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.		1,00	3,0	12	0,00	-1	-100%	30%	3	0,9	cio
					verbali di tre incontri			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)						cts
		Q02a 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	4,5	12	81,54	-8	-9%	91%	*	4,1	cio
					N impegni rispettati / impegni da rispettare			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0	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	4,5	12	60,00	0	0%	100%	*	4,5	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FEU
110

**MEDICINA E CHIRURGIA
ACCETTAZIONE URGENZE
(101)**

Totale pesì 100,0

77,2

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

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

UO/UF

101_1GEU921

S.S.D. CENTRALE OPERATIVA 118 E SOCCORSO CAVE (101)

ROBERTO VATTERONI

1 - Obiettivi MeS**35,0****32,8****1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****32,1****29,9**

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. 3 -	1,51	3,00	5,8	12	5,00	2	67%	100%	4 *	5,8	M	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. CENTRALE OPERATIVA 118 E SOCCORSO CAVE (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	5,8	12	6,00	0	0%	100%	5 *	5,8	M	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S.D. CENTRALE OPERATIVA 118 E SOCCORSO CAVE (101) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % >=3 -	2,42	3,00	2,9	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	2,9		cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. 1 -	83,33	100,00	2,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	2,9	M	cio
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)															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. come da DGRT -		3,00	14,6	12	2,55	0	-15%	85%		12,4		
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA**2,9****2,9**

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

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

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	<	€.	333.202,44	329.870,42	15,0	12	261.744,69	-68.126	-21%	100%	3 *	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	-													cts
verifica del 2017-09-08 cdg H - valori totali viareggio, luca e massa																

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI **35,0** **30,2**

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	>	%	90,00	2,3	12	25,00	-65	-72%	50%	vr	*	1,1		
		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 S.S.D. CENTRALE OPERATIVA 118 E SOCCORSO CAVE (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)																
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	>	si/no	0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	-	MORUZZI												cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																

4 - Ob Az: **19,2** **19,2**

IR-SAN	IR-SANITARI	IR002	>	si/no	0,00	5,6	12	1,00	0	0%	100%		*	5,6	M	
		118/Soccorso Cave: aggiornamento della formazione al personale dipendente delle Ditte di estrazione del Marmo con simulazioni pratiche sul posto, in collaborazione con il Centro Formazione DEU	-													
valutaz. 2017-11-05																
		IR003	>	si/no	0,00	4,5	12	1,00	0	0%	100%		*	4,5	M	
		118: Elaborazione registro informatizzato per controllo della fornitura di presidi sanitari alle Associazioni di Volontariato convenzionate	-													
valutaz. 2017-11-05																
		IR004	>	si/no	0,00	5,6	12	1,00	0	0%	100%		*	5,6	M	
		118: ricognizione ed aggiornamento della formazione BLS di tutto il personale volontario e dipendente delle Associazioni convenzionate per il trasporto sanitario di E/U	-													
valutaz. 2017-11-05																
		IR057	>	si/no	0,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	3,4	M	
		CO 118: Mappatura delle modalità organizzative / autorizzative ed analisi dei costi sulle varie tipologie di trasporti (in collaborazione con Area Amministrativa)	-													
valutaz. 2017-11-05																

4 - Ob Az: 118 **0,0**

P08O02	118: Omogeneizzare le modalità di utilizzo dei medici del 118 entro il 30 giugno	i-P08O02	>	si/no	0,00	0,0	12						*			
		Definire protocollo condiviso entro il 30 giugno	-													
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / in attesa dei risultato della commissione regionale presieduta da Roti sulla riorganizzazione dell'emergenza territoriale si propone non valutabile per l'anno 2016																

4 - Ob Az: AREA TECNICA **5,6** **4,2**

AT_11	Censimento della telefonia mobile (sia dei contratti che relativa mappatura delle dotazioni) con obiettivo riduzione dei costi	i-AT_11	>		0,00	5,6	12	0,75	0	-25%	75%		*	4,2	M	
		1) Entro giugno mappatura2) Razionalizzazione costi	-													
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Manca dato sulla razionalizzazione costi																

4 - Ob Az: NEUROLOGIA **6,8** **4,5**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P44O04a n° consulenza neurologiche per codice rosso stroke	> N. -	0,00	1,00	2,3	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	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / PROSE 2016: dato ARS 2016 ATNO in riduzione rispetto al 2015														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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)	> %. - Mario D'Amico	100,00	100,00	3,2	12	100,00	0	0%	100%	*	3,2	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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. - mandare il verbale al CdG		1,00	2,4	12	3,00	2	200%	100%	*	2,4	cio cts
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. - Laura Bruschi	0,00	90,00	3,5	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,2	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	2,4	12	100,00	0	0%	100%	*	2,4	cio cts
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	3,5	12	60,00	0	0%	100%	*	3,5	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	-										cts

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

101_1GE
U9218

**S.S.D. CENTRALE OPERATIVA
118 E SOCCORSO CAVE (101)**

Totale pesi 100,0

92,7

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_102016 S.C. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA (102)

FABIANA FROSINI

PAOLA ISOLA

1 - Obiettivi MeS

35,0

20,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,9

2,9

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
		B8.4.13	> N.	90,00	90,00	1,0	12	99,99	10	11%	100%	*	1,0	cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90											cts
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,9	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,9	M cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	/ 90											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

17,0

11,3

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											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	42,37	77,49	1,0	12	33,18	-44	-57%	0%	0 *	0,0	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	/ 77,487457941											
		C16.2	> %.	54,33	69,94	1,0	12	48,23	-22	-31%	0%	0 *	0,0	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	/ 69,943675419											
		C16.3	> %.	69,03	85,10	1,0	12	62,67	-22	-26%	0%	0 *	0,0	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	/ 85,101876236											cts
		C16.4	> %	89,92	95,00	1,0	12	85,41	-10	-10%	20%	2 *	0,2	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	/ 94,99905426											cts
		C16.7	> %.	70,92	75,36	2,6	12	70,28	-5	-7%	30%	3 *	0,8	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	/ 75,357235294											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	3,1	12	3,00	0	0%	100%	4 *	3,1	M cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 3											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	3,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	3,1	M	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.C. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA (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	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	< % / 3	2,42	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. / 100	83,33	100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,0	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: D) VALUTAZIONE ESTERNA

D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.	5,00	0,9	12	5,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	/ % utenti poco e per nulla soddisfatti <5%		valutaz. 2017-11-05									
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	3,32	2,86	9,1	12	4,36	2	53%	0%	1 *	0,0	cio
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	/ 2,8562058509		DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \									

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	< €.	575.089,12	569.338,23	12,0	12	518.197,11	-51.141	-9%	100%	3 *	12,0	M	cio
					/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)									cts	
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3 *	2,3	cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %										

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	5,0	12	26,67	-63	-70%	50%	vr	2,5		
					/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M	cio
			/ si											cts	
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	cio	
			/ si											cts	

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)

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

VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY

4 - Ob Az: 118

P08O02	118: Omogeneizzare le modalità di utilizzo dei medici del 118 entro il 30 giugno	i-P08O02 Definire protocollo condiviso entro il 30 giugno	> si/no	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1	M	
		i-P08O02a Verifica dell'utilizzo nel PS dei medici del 118 (non dipendenti) delle ex Aziende e eventuale assunzione da discipline equipollenti	> si	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1	M	

valutaz. 2017-11-05

valutaz. 2017-11-05

4 - Ob Az: PS

P07O01	Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)	i-P07O01 Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA	> N.	1,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1		
P07O03	Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi	i-P07O03 Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)	> %	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1	M	cio

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track...triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	6,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	3,1	M	cio
			Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari												
P07O05	Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore	i-P07O05	> N.	2,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1		cio
			3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati												
P07O06	Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box..., ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali	i-P07O06	> %	0,00	1,00	3,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,3	M	cio
			N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca												

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

						3,2									2,4
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01a	> %	0,00	1,00	1,6	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,2	M	
			Redazione del protocollo condiviso entro giugno; / si												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.												
		i-P12O01b	> %	0,00	1,00	1,6	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,2	M	
			Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5 / 1,5												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.												

5 - Obiettivi QUALITA'

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).												
			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)												
			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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_10201
6

**S.C. PRONTO SOCCORSO E
MEDICINA D'URGENZA (102)**

Totale pesì 100,0

77,1

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_102017 S.S. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA - OBI (102)

FABIANA FROSINI

PAOLA ISOLA

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,8

4,8

B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,7	12	95,55	16	19%	100%	3*	1,7	M
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)	> %. / 98,5	100,00	98,50	1,0	12	99,38	1	1%	100%	5*	1,0	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N. / 95	96,66	95,00	1,0	12	97,36	2	2%	100%	4*	1,0	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	> %. / 90	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		90,00	1,0	12	99,99	10	11%	100%	*	1,0	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

25,2

12,5

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.	9,78	7,00	5,0	12	10,31	3	47%	20%	2 *	1,0	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	/ 7,00				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:							
C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	0,00		0,0	12	0,00			100%	3 *	0,0	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	/ obtv NA				mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:							
		C4.9	> %.	88,57	80,33	5,0	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							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	-3,86	-3,86	5,0	12	-3,37	0	-13%	75%	vr	2 *	3,8	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	3,0	12	1,00	-2	-67%	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. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA - OBI (102) - fascia relativa alla Asl 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. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA - OBI (102) - fascia relativa alla Asl 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
Dato 2016 - Asl NO \ Dato 2016 - Asl 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 Asl 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
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						5,0									
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12						0 *		cio
		Percentuale di assenza	/ 6,36												cts
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
		E3	< %.	815,00	799,00	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

15,0

15,0

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO
Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. % Valutazione
 2015 **2016** 2016

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI										27,7											21,9
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	11,5	12	26,38	-64	-71%	50%	vr	*	5,8								
		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 anno 2015) (dato di exAsl 102 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)																			
		RT7	> si/no / si	1,00	11,5	12	1,00	0	0%	100%		*	11,5	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 / si	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						
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		*	2,3	cio						
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY											cts						

4 - Ob Az: PS

P07001		i-P07001	> N.	1,00	1,00	7,3	12	1,00	0	0%	100%		*	7,3
<u>Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)</u>		Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto												

5 - Obiettivi QUALITA'

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.																		

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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)	> %. / si	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. / 3 riunioni verbalizzate		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	5,8	cio cts
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. / 100	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	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	> % controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio cts
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % / 60		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	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)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_10201
7

**S.S. PRONTO SOCCORSO E
MEDICINA D'URGENZA - OBI
(102)**

Totale pesì 100,0

81,4

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_102018 **S.S. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA - H VDS (102)**

GINO SOLDATI

MARCO LANDI

1 - Obiettivi MeS**35,0****19,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****2,7****2,7**

B8	Gestione Dati	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)	/ 98,5											cts
		B8.4.13	> N.	90,00	90,00	0,9	12	99,99	10	11%	100%	*	0,9	cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90											cts
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,8	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,8	M cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	/ 90											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**18,4****9,8**

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	0,9	12	130,50	11	9%	76%	4 *	0,7	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120											
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	60,72	77,49	2,4	12	62,66	-15	-19%	12%	0 *	0,3	M cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	/ 77,487457941											
		C16.2	> %.	71,58	69,94	2,4	12	71,25	1	2%	100%	0 *	2,4	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	/ 69,943675419											
		C16.3	> %.	82,08	85,10	2,4	12	81,30	-4	-4%	20%	2 *	0,5	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	/ 85,101876236											cts
		C16.4	> %	89,76	95,00	0,9	12	87,31	-8	-8%	20%	2 *	0,2	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	/ 94,99905426											cts
		C16.7	> %.	66,41	75,36	0,7	12	67,14	-8	-11%	38%	3 *	0,3	M
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	/ 75,357235294											
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,8	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	1,1	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 3											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
C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. / 6 3,24 6,00 2,8 <div>12 1,00 -5 -83% 50% 5 * 1,4</div> <i>dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA - H VDS (102) - fascia relativa alla Ausl TNO</i>
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 <div>12 *</div> <i>Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica</i>
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 <div>12 *</div> <i>Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistributed sugli altri indicatori dell'area strategica</i>
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 0,9 <div>12 88,20 8 10% 100% 4 * 0,9</div> <i>I I I I Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO</i>
C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3 2,42 3,00 0,9 <div>12 2,66 0 -11% 100% 3 * 0,9</div> <i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i>
C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 100 83,33 100,00 0,9 <div>12 100,00 0 0% 100% 4 * 0,9</div> <i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i> <i>gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)</i>

9,2		2,5
-----	--	-----

D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.	5,00	0,8	12	5,00	0	0%	100%	0,8	
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	/ % utenti poco e per nulla soddisfatti <5%			valutaz. 2017-11-05						
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	3,40	2,86	8,3	12	3,42	1	20%	20%	1,7
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	/ 2.8562058509			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						

4,7 4,7

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)											
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0		
		/ 6,36				obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	4,7	12	796,00	-3	0%	100%		4,7	M
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	< €.	0,00	12,0	12	0,00	0	-100%	100%	3 *	12,0	cio
			/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)			valutaz. 2017-11-05							cts
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00	3,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	2,0	cio
			almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %			dato calcolato a livello di Ausl NO							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI													6,9	4,5
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	5,0	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	*	2,5	
		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. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA - 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)												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY											

4 - Ob Az: 118

P08O02	118: Omogeneizzare le modalità di utilizzo dei medici del 118 entro il 30 giugno	i-P08O02	> si/no	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1	M
		Definire protocollo condiviso entro il 30 giugno				valutaz. 2017-11-05								
		i-P08O02a	> / si	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1	M
		Verifica dell'utilizzo nel PS dei medici del 118 (non dipendenti) delle ex Aziende e eventuale assunzione da discipline equipollenti				valutaz. 2017-11-05								

4 - Ob Az: PS

P07O01	<u>Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)</u>	i-P07O01	> N.	1,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1	
				Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto								
P07O03	<u>Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi</u>	i-P07O03	> %	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1	M
				Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track...triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	6,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	3,1	M	cio
			Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari												
P07O05	Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore	i-P07O05	> N.	2,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1		cio
			3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati												
P07O06	Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box..., ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali	i-P07O06	> %	0,00	1,00	3,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,3	M	cio
			N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca												

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

						3,2									2,4
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01a	> %	0,00	1,00	1,6	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,2	M	
			Redazione del protocollo condiviso entro giugno; / si												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.												
		i-P12O01b	> %	0,00	1,00	1,6	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,2	M	
			Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5 / 1,5												
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.												

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

						15,0									10,7
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).												
			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												
			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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	0,00	-3	-100%	30%	3 *	1,7	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
		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)												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_10201
8

**S.S. PRONTO SOCCORSO E
MEDICINA D'URGENZA - H
VDS (102)**

Totale pesì 100,0

72,3

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

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

102 102019

MARIA GRAZIA LENCIONI

MAURO MAGHELLINI

35.0

35.0

2,0

2,0

B8	Gestione Dati	B8.4.2	Completezza e qualità 118	> N.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	cio
				<i>da verificare il meccanismo di invio dei dati a seguito della riorganizzazione delle centrali operative 118 / completezza 90%qualità 95%</i>										
				<i>valutaz. 2017-11-05</i>										

21,2

21,2

C6c	Rischio Clinico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					</
-----	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

11,8

11,8

[illegible]

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI														15,0	15,0
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	333.202,44	329.870,42	15,0	12	261.744,69	-68.126	-21%	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 - valori totali viareggio, lucca e massa									cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI										6,1		6,1			
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										cts
<hr/>															
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,1	M	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: 118

P08O02	118: Omogeneizzare le modalità di utilizzo dei medici del 118 entro il 30 giugno	i-P08O02	> si/no	0,00	1,00	9,6	12	1,00	0	0%	100%		9,6	M
		Definire protocollo condiviso entro il 30 giugno		valutaz. 2017-11-05										
<hr/>														
		i-P08O02a	> / si	0,00	1,00	9,6	12	1,00	0	0%	100%		9,6	M
		Verifica dell'utilizzo nel PS dei medici del 118 (non dipendenti) delle ex Aziende e eventuale assunzione da discipline equipollenti		valutaz. 2017-11-05										

4 - Ob Az: AREA AMMINISTRATIVA

PLU02	Mappatura delle modalità organizzative / autorizzative ed analisi dei costi sulle varie tipologie di trasporti (in collaborazione con Area Amministrativa)	i-PLU02	> si/no	0,00	1,00	9,6	12	1,00	0	0%	100%	*	9,6	M
		Invio documento alla Direzione Aziendale	/ si	valutaz. 2017-11-05										

5 - Obiettivi QUALITA'

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	
			/ si											
			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.											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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)	> %. / si	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. / 3 riunioni verbalizzate	3,00	5,8	12	5,00	2	67%	100%	3	*	5,8	cio cts
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. / 100	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	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	> % controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio cts	
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % / 60	60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	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)														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_10201
9

**S.C. EMERGENZA
TERRITORIALE E C.O. 118
(102)**

Totale pesì 100,0

99,8

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD104110

DIPARTIMENTO DEU (105)

1

1 - Obiettivi MeS

41,0

29,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,4

14,4

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,1	12	85,00	5	6%	100%	3*	1,1	M	cio
				consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202										cts
mail MP del 2017-09-27																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	11,1	12	99,38	1	1%	100%	5*	11,1	cio	
				consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO										cts
		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												
		B8.4.2	Completezza e qualità 118	> N.	100,00	90,00	1,1	12	90,00	0	0%	100%		1,1	cio	
				Anno 2014. completezza 90% qualità 95%		valutaz. 2017-11-05										
		B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	1,1	12	91,66	2	2%	100%	3*	1,1	M	cio
				consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

18,8

8,6

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,16	120,00	1,1	12	134,50	15	12%	50%	4 *	0,6	M	
				consuntivo da verificare		fonte dati datawarehouse ATNO livello di calcolo asl - ATNO										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	60,72	93,41	3,3	12	62,66	-31	-33%	6%	0 *	0,2	M	cio
				Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO										
		C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	71,58	90,99	1,1	12	71,25	-20	-22%	0%	0 *	0,0		cio
				Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO										
		C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	82,08	88,23	1,1	12	81,30	-7	-8%	20%	2 *	0,2		cio
				Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO										cts
		C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %.	89,76	95,14	1,1	12	87,31	-8	-8%	20%	2 *	0,2		cio
				Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	66,41	78,73	1,1	12	67,14	-12	-15%	36%	3 *	0,4	M	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		Gen-Ago 2015		\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	79,70	83,68	2,2	12	81,22	-2	-3%	78%	4 *	1,7	M	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016		\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,9		cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIPARTIMENTO DEU (105) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	1,1		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 DIPARTIMENTO DEU (105) - 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									
		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									
		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 e mantenimento se consuntivo migliore		\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									
		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		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore		\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire		\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - 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)															

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA										2,2					1,3
D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.	5,00	1,1	12	5,00	0	0%	100%	*	1,1	cio		
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso		% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%		valutaz. 2017-11-05									
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	3,40	0,02	1,1	12	3,42	3	16259 %	20%	2 *	0,2		
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso		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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI													3,7	3,7	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	0,00	90,00	0,0	12						*		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di DIPARTIMENTO DEU (105)										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												
4 - Ob Az: 118													7,5	7,5	
P08O01	118: Attivare centrale 118 a Livorno entro 30 giugno	i-P08O01	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	M
		Attivare centrale entro il 30 giugno	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
P08O02	118: Omogeneizzare le modalità di utilizzo dei medici del 118 entro il 30 giugno	i-P08O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
		Definire protocollo condiviso entro il 30 giugno	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / in attesa dei risultato della commissione regionale presieduta da Roti sulla riorganizzazione dell'emergenza territoriale si propone non valutabile per l'anno 2016												
P08O03	Centrale operativa 118	i-P08O03	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	M
		Mappatura ed individuazione dei percorsi omogenei per la gestione dei TRASPORTI sanitari, includendo anche le informazioni sui costi	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / la mappatura e' avviata (vedi gruppo AIM) tuttavia per limiti del sistema informativo attuale non include informazioni sui costi e per prioritari' legate alla unificazione della centrale SUD si e' interrotta: si propone 1 in quanto' è stato fatto quanto possibile												

4 - Ob Az: PS										18,6	15,8		
P07O01	Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)	i-P07O01	> N.	1,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	3,7	
		Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto						
P07O02	Estendere a tutti i presidi provinciali Visual NET, già presenta a Lucca	i-P07O02	> %	0,00	1,00	0,0	12						
		da definire indicatore					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / scelte dell'Azienda sui sistemi informativi ospedalieri non hanno consentito questo sviluppo; da valutare per il 2017						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P07O03	<u>Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi</u>	i-P07O03	>	%	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M	cio
		Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento												
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 autonoma</u>	i-P07O04	>	%	0,00	1,00	3,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,9	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												
P07O05	<u>Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore</u>	i-P07O05	>	N.	2,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7		cio
		3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati												
P07O06	<u>Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box...., ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali</u>	i-P07O06	>	%	0,00	1,00	3,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,8	M	cio
		N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca												

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O01	>	%	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz													
<hr/>															
		i-P09O02	>	%	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno													
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	<u>Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	i-P06O01a	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
		Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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	3,1	12	100,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
					aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	6,6	12	0,00	-3	-100%	30%	3	2,0	cio
					verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - nessun verbale di riunione inviato al cdg al 30/06/2016						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	2,6	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,4	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						cts
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%	*	1,3	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	1,3	12	60,00	0	0%	100%	*	1,3	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

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
41101

DIPARTIMENTO DEU (105)

Totale pesì 100,0

81,3

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

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

UO/UF

105_BD104110

2 UO CENTRALE OPERATIVA 118 (105)

TOGNARELLI PAOLO

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

17,5

17,5

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	8,7	12	99,38	1	1%	100%	5 *	8,7	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	98,50%				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,0	12					2 *		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	90,00%				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							
		B8.4.2	> N.	1,00	8,7	12	1,00	0	0%	100%		*	8,7	cio
		Completezza e qualità 118	completezza 90% qualità 95%				valutaz. 2017-11-05							

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

16,0

11,2

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	4,4	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	1,7	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 UO CENTRALE OPERATIVA 118 (105) - fascia relativa alla Ausl TNO							cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	4,4	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	2,2	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 UO CENTRALE OPERATIVA 118 (105) - fascia relativa alla Ausl TNO							cts
		C6.5.3	> N.	1,00	0,0	12						*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere					Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							cts
		C6.5.4	> N.	1,00	0,0	12						*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere					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	1,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,5	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale					Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
		C6.6	< %	2,42	2,9	12	2,66				100%	3 *	2,9	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti					Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	2,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	2,9	M	cio
Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - 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)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA **1,5** **1,5**

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	5,73	0.0	12					0 *		cio
		Percentuale di assenza	5,73	obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts

E3	< %.	815,00	799,00	1,5	12	796,00	-3	0%	100%	*	1.5	M	cio	
Tasso di infortuni dei dipendenti														cts
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere														
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO														

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	149.445,35	147.950,90	15,0	12	199.718,71	51.768	35%	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 - valori totali pisa e livorno										cts

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

3 - Obiettivi REGIONALI **1,7** **1,7**

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

4 - Ob Az: **16,7** **16,7**

IR amm	Amministrazione	IR132 Mappatura delle modalità organizzative / autorizzative ed analisi dei costi sulle varie tipologie di trasporti (in collaborazione con Area Amministrativa)	> si/no	0,00	1,00	16,7	12	1,00	0	0%	100%		16,7	M	cio
Invio documento alla Direzione Aziendale entro il ... valutaz. 2017-11-05															

4 - Ob Az: 118 **16,7** **16,7**

P08O01	118: Attivare centrale 118 a Livorno entro 30 giugno	i-P08O01 Attivare centrale entro il 30 giugno	> si/no	0,00	1,00	16,7	12	1,00	0	0%	100%		16,7	M	cio
Attivare centrale entro il 30 giugno Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

P08O02	118: Omogeneizzare le modalità di utilizzo dei medici del 118 entro il 30 giugno	i-P08O02 Definire protocollo condiviso entro il 30 giugno	> si/no	0,00	1,00	0,0	12								
Estensione modello automedica con definizione protocollo condiviso Verifica aggiornata al 2017-08-25 / in attesa dei risultato della commissione regionale presieduta da Roti sulla riorganizzazione dell'emergenza territoriale si propone non valutabile per l'anno 2016															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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	2,6	12	100,00	0	0%	100%	*	2,6	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	7,9	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	2,4	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget -
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	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	2,3	12	60,00	0	0%	100%	*	2,3	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)

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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
41102

**UO CENTRALE OPERATIVA
118 (105)**

Totale pesì 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)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD104110

3 UO MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E D'URG. VDE (105)

SPISNI LAURA

1 - Obiettivi MeS

35,0

20,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

1,2

1,2

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,8	cio cts
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		98,50%	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		90,00%	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	0,4	12	97,15	7	8%	100%		0,4	cio cts
		Qualità del flusso informativo SPA		90,00%	fonte dati di verifica infoweb regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105									

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

30,1

16,3

C	Valutazione sanitaria	C2	> N.			0,8	12	0,00			20%	2 *	0,2	
		Efficienza attività di ricovero					Dati 2016 livello di calcolo presidio Osp. Pontedera							
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	140,53	120,00	0,8	12	124,72	5	4%	100%	5 *	0,8	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		120,00	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era									
		C1a	>			0,8	12	0,00			50%	5 *	0,4	
		Capacità di governo della domanda					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era							
		C5.1e	< N.	9,51	7,70	0,8	12	9,26	2	20%	34%	2 *	0,3	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		7,71%	DATO 2015 - Osp. Pontedera Dato 2016 - Osp. Pontedera									
C14	Appropriatezza medica	C14	>	0,00		0,8	12	0,00			30%	3 *	0,2	
		Appropriatezza medica					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era							
		C4.9	> %.	88,57	72,55	0,8	12	80,60	8	11%	100%	3 *	0,8	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		72,55%	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d'Era									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	86,44	93,41	2,5	12	81,07	-12	-13%	30%	3 *	0,7	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti		93,41%	DATO 2015 - Osp. Pontedera Dato 2016 - Osp. Pontedera									

* = 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
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------------	-------------

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.2	> %.	77,21	90,99	2,5	12	69,19	-22	-24%	0%	0*	0,0	
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora		90,99%	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \									
		C16.3	> %.	81,25	88,23	2,5	12	79,46	-9	-10%	20%	2*	0,5	
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		88,23%	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \									
C16a		C16.4	> %	77,71	95,14	2,5	12	75,55	-20	-21%	0%	0*	0,0	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		95,14%	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \									
		C16.7	> %.	77,88	78,73	1,6	12	75,55	-3	-4%	40%	4*	0,7	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		78,73%	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,62	0,28	0,8	12	0,33	0	18%	75%	vr 2*	0,6	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		0,28	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \ dato di presidio parzialmmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo									
C2a		C2a.M	< N.	-0,58	-0,74	0,8	12	-0,34	0	-54%	75%	vr 3*	0,6	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		-0,74	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \ dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo									
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	83,21	0,84	1,6	12	88,50	88	10463 %	100%	5*	1,6	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		83,79%	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera \ \ \ \									
C5a		C5a	>	0,00		1,6	12	0,00			30%	3*	0,5	
		Qualità di processo			Dati 2016 livello di calcolo presidio Osp. Pontedera									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	0,8	12	6,00	3	100%	100%	4*	0,8	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E D'URG. VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO									
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	0,8	12	13,00	7	117%	100%	5*	0,8	M
C6c		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UO MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E D'URG. VDE (105) - fascia relativa alla Ausl TNO									
		C6.5.3	> N.	1,00		0,0	12					*		
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere			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
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------------	-------------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO
Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**
 Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
 2015 **2016** 2016 % Valutazione
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA **0,8** **0,8**

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	5,73	0,0	12						0 *		cio
		Percentuale di assenza	5,73												cts

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

		E3	< %.	815,00	799,00	0,8	12	796,00	-3	0%	100%		0,8	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti												cts

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

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	316.672,85	313.506,12	15,0	12	310.038,01	-3.468	-1%	100%	3 *	15,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts

tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA

verifica del 2017-09-08 cdg H -

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI **35,0** **29,7**
3 - Obiettivi REGIONALI **2,1** **1,6**

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	1,1	12	42,11	-48	-53%	50%	vr	0,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)												

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E D'URG. VDE (105)

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

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

rispetto indicazioni del responsabile aziendale

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

4 - Ob Az: NEUROLOGIA **6,4** **6,4**

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	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	M
		Definizione Linea Guida												

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Delibera

		i-P44O05a	> si/no	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	M
		attivazione fibrinolisi endovena												

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

4 - Ob Az: PROFESSIONI A COMUNE **2,1** **2,1**

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P38O07	Rischio clinico:	i-P38O07	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M	cio
		Prevenzione degli erroriABO													cts

n° richieste trasfusioni completate secondo procedura / n° richieste trasfusioni >= 80%

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

4 - Ob Az: PS **19,1** **15,6**

P07O01	Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)	i-P07O01	> N.	0,00	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	M	
		Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA													

Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto

P07O02	Estendere a tutti i presidi provinciali Visual NET, già presenta a Lucca	i-P07O02	> %	0,00	1,00	0,0	12					*			
		da definire indicatore													

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / scelte dell'Azienda sui sistemi informativi ospedalieri non hanno consentito questo sviluppo; da valutare per il 2017

P07O03	Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi	i-P07O03	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M	cio
		Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)													

Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)

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

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	5,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	2,6	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06													

Attivare percorsi e formazione di nuovi infermieri

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

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

3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati

P07O06	Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box..... ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali	i-P07O06	> %	0,00	1,00	3,2	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,4	M	cio
		N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage													

N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage

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

4 - Ob Az: RADIOLOGIA **5,3** **4,0**

P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01	> %	0,00	1,00	5,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	4,0	M	
		a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5													

a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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	2,6	12	100,00	0	0%	100%	*	2,6	cio
					aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,6	12	3,00	0	0%	100%	3 *	5,6	cio
					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 11/09/2017 (personale medico) - verifica MP mail 2017-09-11						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%	*	2,0	M cio
					N impegni rispettati / impegni da rispettare			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO						cts
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	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	2,3	12	60,00	0	0%	100%	*	2,3	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

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
41103

**UO MEDICINA E CHIRURGIA
D'ACCETT.E D'URG. VDE (105)**

Totale pesì 100,0

79,8

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD104110

SEZ.MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E D'URG. AVC (105)

4

1 - Obiettivi MeS

41,0

37,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,4

14,4

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	M	cio
				consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105										cts
mail MP del 2017-09-27																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	11,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	11,1		cio
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
		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												
		B8.4.2	Completezza e qualità 118	> N.	100,00	90,00	1,1	12	90,00	0	0%	100%		1,1		cio
				Anno 2014. completezza 90% qualità 95%		valutaz. 2017-11-05										
		B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	1,1	12	91,66	2	2%	100%	3 *	1,1	M	cio
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

18,8

15,5

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	140,53	120,00	1,1	12	130,35	10	9%	90%	4 *	1,0	M	
				consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Alta Val di Cecina										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	97,86	93,41	3,3	12	97,31	4	4%	100%	5 *	3,3		cio
				Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Volterra Dato 2016 - Osp. Volterra										
		C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	99,48	90,99	1,1	12	99,74	9	10%	100%	5 *	1,1	M	cio
				Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Volterra Dato 2016 - Osp. Volterra										
		C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	93,43	88,23	1,1	12	93,28	5	6%	100%	5 *	1,1		cio
				Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Volterra Dato 2016 - Osp. Volterra										cts
		C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	95,84	95,14	1,1	12	95,35	0	0%	100%	4 *	1,1		cio
				Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Volterra Dato 2016 - Osp. Volterra										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	75,17	78,73	1,1	12	66,16	-13	-16%	30%	3 *	0,3	
				Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \							
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	85,19	83,68	2,2	12	86,36	3	3%	100%	4 *	2,2	M
				consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Volterra \ Dato 2016 - Osp. Volterra \ \ \							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	2,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,9	
							dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZ.MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E D'URG. AVC (105) - fascia relativa alla Ausl TNO							
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	2,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	1,1	
							dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SEZ.MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETT.E D'URG. AVC (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	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,1	
				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	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,1	
				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	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)							
1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA						2,2								
D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	> N.		5,00	1,1	12	5,00	0	0%	100%	*	1,1	
				% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%			valutaz. 2017-11-05							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	5,5	5,5
---	-----	-----

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI 41,0 33,9

3 - Obiettivi REGIONALI	12,5	8,0
-------------------------	------	-----

B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile erigendo.													
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													
		cts													

4 - Ob Az: PS	17,8	15,1
---------------	------	------

P07O01	<u>Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)</u>	i-P07O01	>	N.	1,00	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,6		
								Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA									
								Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto									
P07O02	<u>Estendere a tutti i presidi provinciali Visual NET, già presenta a Lucca</u>	i-P07O02	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*			
								Verifica aggiornata al 2017-08-25 / scelte dell'Azienda sui sistemi informativi ospedalieri non hanno consentito questo sviluppo; da valutare per il 2017									
P07O03	<u>Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi</u>	i-P07O03	>	%	0,00	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,6	M	
																cio	
								Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento									
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	3,6	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	*	1,8	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									

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P07O05	Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore	i-P07O05	>	N.	2,00	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%		3,6	cio
		3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati										

P07O06	Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box..... ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali	i-P07O06	>	%	0,00	1,00	3,6	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,7	M	cio
		N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca												

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O01	>	%	0,00	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz													
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													

i-P09O02	> %	0,00	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6	M	cio
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato									

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	<u>Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	i-P06O01a	> si/no	0,00	1,00	3.6	12	1,00	0	0%	100%	*	3.6	M
		Sudio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,1	12	70,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	3,1	12	100,00	0	0%	100%	*	3,1	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.								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	6,6	12	0,00	-3	-100%	30%	3 *	2,0	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%	2,4	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)											cts
		Q03	> %	100,00	1,3	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

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
41104

**SEZ.MEDICINA E CHIRURGIA
D'ACCETT.E D'URG. AVC (105)**

Totale pesì 100,0

84,2

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

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

UO/UF

106_CD18DO
N

UNITA' DI MEDICINA DELLE DONAZIONI (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

17,5

17,5

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,60	0,60	3,1	12	0,66	0	10%	100%	3,1	M	cts
		Percentuali morti encefaliche individuate	Anno 2014. Budget da definire				Ausl NO							
		B6.1.2	> %.	60,00	50,00	6,3	12	54,55	5	9%	100%	3		
		Percentuali donatori procurati	Anno 2014. Budget da definire				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	85,00	5	6%	100%	3	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES				fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202							cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	6,2	12	99,38	1	1%	100%	5		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	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 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	98,28	8	9%	100%			cio
		Qualità del flusso informativo SPA					fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)							cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3		cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%				assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.							
							fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)							
		1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA				14,4						11,0		
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,16	120,00	0,6	12	134,50	15	12%	50%	4	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare				fonte dati datawarehouse ATNO livello di calcolo asl - ATNO							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,00	7,31	0,6	12	8,98	2	23%	31%	3	0,2	M
consuntivo da verificare Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,6	12	0,55	0	2%	20%	2	0,1	cio
Gen-Ago 2015 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C14	Appropriatezza medica	C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	3,1	12	85,71	9	12%	100%	3	3,1	
Gen-Ago 2015 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,12	-0,12	1,9	12	-0,13	0	9%	100%	2	1,9	M
Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,18	0,17	3,1	12	0,34	0	98%	75%	2	2,3	cio
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	3,00	1,2	12	0,00	-3	-100%	40%	4	0,5	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UNITA' DI MEDICINA DELLE DONAZIONI (106) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	1,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5	0,6	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo UNITA' DI MEDICINA DELLE DONAZIONI (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
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12							cio
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016 Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	12	88,20	8	10%	100%	4	0,6	cio
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3	0,6	cio
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														

vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,6	M	cio
			Anno 2014. Budget da definire			Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - 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)

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.		0,00	15,0	12	0,00	0	-100%	100%	3 *	15,0		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			valutaz. 2017-11-05									cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	3,8	12	29,45	-61	-67%	50%	vr	*	1,9	
			da aggiornare pre-consuntivo			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119 anno 2015) (dato di exAsl 106 a dicembre 2016)									
						valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)									
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,5	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,5	
						tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)									
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	6,3	12	1,00	0	0%	100%		*	6,3	cio
						cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

E1	Efficienza operativa	E1AZ91	> N.	12,00	12,00	12,5	12	12,00	0	0%	100%	*	12,5
Alimentazione tempestivo del "Cruscotto direzionale" - inviato alla direzione mensilmente entro il 15 e pubblicato entro il 25 del mese successivo a quello di riferimento													
valutaz. 2017-11-05													

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	M
		Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione	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	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	M
		Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)	Dir. PPOO											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											
P06O05	Completare il modello di organizzazione per intensità di cura, integrandosi con l'area medica tenendo presente le specificità degli ospedali ma con alcune linee guida: ad esempio è necessario definire un responsabile gestionale	i-P06O05	> %	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	M
		da definire indicatore	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,4	12	70,00	0	0%	100%	*	2,4	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								
Q01a			> %.	100,00	100,00	2,4	12	100,00	0	0%	100%	*	2,4	
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.								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	5,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3 *	1,7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	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)											cts
		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)										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)										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_CD18
DON

**UNITA' DI MEDICINA DELLE
DONAZIONI (106)**

Totale pesì 100,0

88,5

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_DE00118 **CENTRALE OPERATIVA 118 VALENZA AZIENDALE (106)**

MARIA RITA DRAGONI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS					35,0	35,0								
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI					16,4	16,4								
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	3,3	12	85,00	5	6%	100%	3 *	3,3	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale <i>consuntivo 2015 fonte MES</i> <i>fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202</i> <i>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</i>												
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	3,3	12	99,38	1	1%	100%	5 *	3,3	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA) <i>consuntivo da verificare</i> <i> \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO</i>												
		B8.4.13	> N.		90,00	3,3	12	98,28	8	9%	100%		3,3	
		Qualità del flusso informativo SPA <i>fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)</i>												
		B8.4.2	> N.	100,00	90,00	3,3	12	90,00	0	0%	100%		3,3	
		Completezza e qualità 118 <i>Anno 2014. completezza 90% qualità 95%</i> <i>valutaz. 2017-11-05</i>												
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	3,3	12	91,66	2	2%	100%	3 *	3,3	M
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106) <i>consuntivo da verificare</i> <i> \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO</i>												
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA					13,1	13,1								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	3,3	12	7,00	4	133%	100%	4 *	3,3	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 CENTRALE OPERATIVA 118 VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO</i>												
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	3,3	12	9,00	3	50%	100%	5 *	3,3	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 CENTRALE OPERATIVA 118 VALENZA AZIENDALE (106) - fascia relativa alla Ausl TNO</i>												
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	2,2	12	88,20	8	10%	100%	4 *	2,2	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale <i>consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016</i> <i> \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO</i>												
		C6.6	< %	2,42	3,00	2,2	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	2,2	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti <i>consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016</i> <i> \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO</i>												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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		1 1 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - 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)

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	> N.		5,00	2,2	12	5,00	0	0%	100%	*	2,2		cio
			% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%		valutaz. 2017-11-05										

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	149.445,35	147.950,90	15,0	12	199.718,71	51.768	35%	30%	3 *	4,5		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 - valori totali pisa e livorno										cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	11,7	12	36,00	-54	-60%	50%	vr	*	5,8
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da verificare la piena funzionalità informatica (si segnala funzionamento programma ad intermittenza)		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di CENTRALE OPERATIVA 118 VALENZA AZIENDALE (106)								

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	5.8	12	1,00	0	0%	100%	*	5.8	M	cio	
			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													cts

4 - Ob Az: 118


* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P08O01	118: Attivare centrale 118 a Livorno entro 30 giugno	i-P08O01	> si/no	0,00	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		5,8	M	cio
		Attivare centrale entro il 30 giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

P08O02	118: Omogeneizzare le modalità di utilizzo dei medici del 118 entro il 30 giugno	i-P08O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*	
		Definire protocollo condiviso entro il 30 giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / in attesa del risultato della commissione regionale presieduta da Roti sulla riorganizzazione dell'emergenza territoriale si propone non valutabile per l'anno 2016										

P08O03	Centrale operativa 118	i-P08O03	> si/no	0,00	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%	*	5,8	M
		Mappatura ed individuazione dei percorsi omogenei per la gestione dei TRASPORTI sanitari, includendo anche le informazioni sui costi		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / la mappatura e' avviata (vedi gruppo AIM) tuttavia per limiti del sistema informativo attuale non include informazioni sui costi e per priorita' legate alla unificazione della centrale SUD si e' interrotta; si propone 1 in quanto e' stato fatto quanto possibile										

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

P07O03	<u>Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi</u>	i-P07O03	>	%	0,00	1,00	5.8	12	1,00	0	0%	100%	*	5.8	M	cio
		Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento												

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									10,7
-------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									10,7
-------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	cts
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	0,00	-3	-100%	30%	3	*	1.7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)									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)														
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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				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	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_DE00
118

**CENTRALE OPERATIVA 118
VALENZA AZIENDALE (106)**

Totale pesì 100,0

79,4

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

106_HC01PSC **U.O.C. PRONTO SOCCORSO CECINA (106)**

PAOLO PENNATI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS														35,0	29,5	
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI														9,2	9,2	
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,7	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,7	M	cio
consuntivo 2015 fonte MES																
fonte dati infoview 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	6,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	6,6		cio
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,7	12	96,33	6	7%	100%	*	0,7		cio
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																
		B8.4.2	Completezza e qualità 118	> N.	100,00	90,00	0,7	12	90,00	0	0%	100%	*	0,7		cio
Anno 2014. completezza 90% qualità 95%																
valutaz. 2017-11-05																
		B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,7	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,7	M	cio
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														21,1	15,7	
C	Valutazione sanitaria	C16.9	% ricoveri da Pronto Soccorso	< %.	9,03	10,00	6,6	12	9,20	-1	-8%	100%	0 *	6,6		
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \																
adeguato obiettivo: Il dato 2016 (9,2%) è solo di poco superiore al 9,03% del 2015 e comunque resta tra i migliori in Regione. Il target 6,31% non è realistico, a meno che non si considerino solo i ricoveri diretti da PS; senza comprendere quelli che transitano in OBI. La valutazione data non è accettabile																
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	59,28	60,00	2,0	12	58,52	-1	-2%	0%	0 *	0,0		cio
aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%																
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \																
		C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	54,71	58,00	2,0	12	55,02	-3	-5%	9%	0 *	0,2	M	cio
consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%																
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \																
		C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	75,97	87,57	2,0	12	78,42	-9	-10%	41%	2 *	0,8	M	cio
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016																
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	84,83	96,06	0,7	12	84,69	-11	-12%	20%	2 *	0,1		
		% 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 \ \ \ \								
		C16.7	> %.	78,19	76,00	2,0	12	83,66	8	10%	100%	5 *	2,0	M	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		da aggiornare preconsuntivo e definire budget			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \								
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	87,03	87,03	1,3	12	89,78	3	3%	100%	5 *	1,3	M	
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,3	12	5,00	2	67%	100%	4 *	1,3	M	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)					dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. PRONTO SOCCORSO CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO								
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,3	12	10,00	4	67%	100%	5 *	1,3	M	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)					dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. PRONTO SOCCORSO CECINA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO								
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,7		
		Indice di adezione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,7	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,7		
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			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	
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
							gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)								
I - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA						1,3									1,3
D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.		5,00	0,7	12	5,00	0	0%	100%	*	0,7		
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso		% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%			valutaz. 2017-11-05								

* = 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
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------------	-------------

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

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	<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>										

3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3.3	12	1,00	0	0%	100%	*	3.3	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: PS	16,7	14,2
---------------	------	------

Pagina 178 di 203

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P07O01	<u>Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)</u>	i-P07O01	>	N.	1,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,3	
Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto																
P07O02	<u>Estendere a tutti i presidi provinciali Visual NET, già presenta a Lucca</u>	i-P07O02	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*		
da definire indicatore																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / scelte dell'Azienda sui sistemi informativi ospedalieri non hanno consentito questo sviluppo; da valutare per il 2017																
P07O03	<u>Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi</u>	i-P07O03	>	%	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,3	M
Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento																
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 autonoma</u>	i-P07O04	>	%	0,00	1,00	3,3	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	*	1,7	M
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																
P07O05	<u>Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore</u>	i-P07O05	>	N.	2,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,3	cio
3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati																
P07O06	<u>Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box...., ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali</u>	i-P07O06	>	%	0,00	1,00	3,3	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	*	2,5	M
N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage																
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca																

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O01	>	%	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,3	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz													
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													
		i-P09O02	>	%	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,3	M
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno													
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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	2,3	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)		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	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)		verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)						cts
		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)						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	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				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	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HC01
PSC

**U.O.C. PRONTO SOCCORSO
CECINA (106)**

Totale pesì 100,0

78,2

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

106 HL01PSL

ALESSIO BERTINI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

35,0

22,9

8,4

8,4

B8	Gestione Dati																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								</
----	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

22,3

10,6

C	Valutazione sanitaria	C16.9	% ricoveri da Pronto Soccorso	<	%.	11,11	10,00	6,0	12	11,79	2	18%	0%	0	0,0	
DATO 2015 - Osp. Livorno Dato 2016 - Osp. Livorno																
adeguato obiettivo																
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	>	%.	48,56	55,00	1,8	12	50,47	-5	-8%	30%	0	0,5	M
aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%																
DATO 2015 - Osp. Livorno Dato 2016 - Osp. Livorno																
		C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	>	%.	57,92	63,00	1,8	12	61,37	-2	-3%	68%	0	1,2	M
consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%																
DATO 2015 - Osp. Livorno Dato 2016 - Osp. Livorno																
		C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	>	%.	74,59	87,57	1,8	12	76,68	-11	-12%	16%	1	0,3	M
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016																
DATO 2015 - Osp. Livorno Dato 2016 - Osp. Livorno																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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***												cts
		C16.7	> %	77,83	76,00	1,8	12	78,64	3	3%	100%	4 *	1,8	M
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione												
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
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %	76,72	80,10	1,2	12	68,88	-11	-14%	20%	2 *	0,2	cio
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)												cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	1,2	12	9,00	6	200%	100%	4 *	1,2	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	14,00	8	133%	100%	5 *	1,2	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere												cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere												cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	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	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,6	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti												cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,6	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)												cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.	5,00	0,6	12	5,00	0	0%	100%	0,6	
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%		valutaz. 2017-11-05							

D9h	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	5,09	3,50	0.6	12	4.50	1	29%	37%	1*	0.2	M
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Livorno Dato 2016 - Osp. Livorno									

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%	100%	*	3,0	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

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	520.076,28	514.875,52	12,0	12	533.609,06	18.734	4%	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 -											cts

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	8,3	12	13,64	-76	-85%	50%	vr	*	4,2
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da verificare la piena funzionalità informatica (si segnala funzionamento programma ad intermittenza)		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. PRONTO SOCCORSO LIVORNO (106)								

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

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

4 - Ob Az: PS														16,7											14,2
P07O01	Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)	i-P07O01	>	N.	1,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		*	3,3										
		Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto																					
P07O02	Estendere a tutti i presidi provinciali Visual NET, già presenta a Lucca	i-P07O02	>	%	0,00	1,00	0,0	12						*											
		da definire indicatore		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / scelte dell'Azienda sui sistemi informativi ospedalieri non hanno consentito questo sviluppo; da valutare per il 2017																					
P07O03	Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi	i-P07O03	>	%	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		*	3,3	M	cio								
		Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento																					
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	3,3	12	0,50	-1	-50%	50%		*	1,7	M	cio								
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari																					
P07O05	Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore	i-P07O05	>	N.	2,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		*	3,3		cio								
		3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati																					
P07O06	Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box..., ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali	i-P07O06	>	%	0,00	1,00	3,3	12	0,75	0	-25%	75%		*	2,5	M	cio								
		N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca																					
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA														6,7											6,7
P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01	>	%	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		*	3,3	M									
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																					
		i-P09O02	>	%	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		*	3,3	M	cio								
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato																					
5 - Obiettivi QUALITA'														15,0											10,7
5 - Obiettivi QUALITA'														15,0											10,7

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).				RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.						cts
		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)		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	5,8	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)						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)						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	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				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	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				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 DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Pesì
p1 P2 Valutazione
p1 P2

106_HL01
PSL

**U.O.C. PRONTO SOCCORSO
LIVORNO (106)**

Totale pesì

100,0

67,6

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

106_HP01PSP

U.O.C. PRONTO SOCCORSO PIOMBINO/ELBA (106)

MASSIMO DE STEFANO F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,6

9,6

B8	Gestione Dati	B8.1	>	%.	82,70	80,00	0,7	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,7	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale			consuntivo 2015 fonte MES	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106										cts
		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	6,9	12	99,38	1	1%	100%	5*	6,9	cio	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)			consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
		B8.4.13	>	N.		90,00	0,7	12	96,33	6	7%	100%	*	0,7	cio	
		Qualità del flusso informativo SPA				fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106										cts
		B8.4.2	>	N.	100,00	90,00	0,7	12	90,00	0	0%	100%	*	0,7	cio	
		Completezza e qualità 118			Anno 2014. completezza 90% qualità 95%	valutaz. 2017-11-05										
		B8.4.7	>	N.	87,18	90,00	0,7	12	91,66	2	2%	100%	3*	0,7	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)			consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

20,6

8,4

C	Valutazione sanitaria	C16.9	< %.	12,54	10,00	5,5	12	12,20	2	22%	13%	0 *	0,7	M
		% ricoveri da Pronto Soccorso		DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \										
				adeguato obiettivo										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	71,74	80,00	2,1	12	70,19	-10	-12%	0%	1 *	0,0	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti		aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%										
				DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \										
		C16.2	> %.	75,19	80,75	2,1	12	73,36	-7	-9%	0%	1 *	0,0	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora		consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%										
				DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \										
		C16.3	> %.	87,85	87,57	2,1	12	85,72	-2	-2%	30%	3 *	0,6	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016										
				DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \										
				cts										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.4	> %	98,67	98,52	0,7	12	96,99	-2	-2%	40%	4 *	0,3		
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \								
		C16.7	> %	72,18	76,00	2,1	12	69,68	-6	-8%	30%	3 *	0,6		
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		da aggiornare preconsuntivo e definire budget			DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \								
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %	72,54	80,10	1,4	12	81,25	1	1%	100%	4 *	1,4	M	
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016			DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	1,4	12	11,00	8	267%	100%	4 *	1,4	M	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)					dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. PRONTO SOCCORSO PIOMBINO/ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO								
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,4	12	14,00	8	133%	100%	5 *	1,4	M	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)					dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. PRONTO SOCCORSO PIOMBINO/ELBA (106) - fascia relativa alla Ausl TNO								
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12					*			
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,7	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,7		
		Indice di adezione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
		C6.6	< %	2,42	3,00	0,7	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,7		
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016			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	
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
							gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)								
I - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA						1,4									0,8
D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.		5,00	0,7	12	5,00	0	0%	100%	*	0,7		
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso		% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%			valutaz. 2017-11-05								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	3,43	3,10	0,7	12	3,80	1	23%	20%	2	*	0,1
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	Gen-Ago 2015											

DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \ | | |

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

cio

cts

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

Tasso di infortuni dei dipendenti

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

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

cio

cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa

Euro01	< €.	441.557,91	437.142,33	11,3	12	489.957,54	52.815	12%	30%	3	*	3,4
--------	------	------------	------------	------	----	------------	--------	-----	-----	---	---	-----

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 cecina-piombino-elba

cio

cts

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00		3,8	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	2,5
-------------------	------	-------	--	-----	----	-------	-----	------	-----	---	---	-----

% 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

cio

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1 Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)

RT1	> %	90,00		8,3	12	25,00	-65	-72%	50%	vr	*	4,2
-----	-----	-------	--	-----	----	-------	-----	------	-----	----	---	-----

E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)

da verificare la piena funzionalità informatica (si segnala funzionamento programma ad intermittenza)

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. PRONTO SOCCORSO PIOMBINO/ELBA (106)

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

B3a Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy

RT5	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%		*	3,3	M
-----	---------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	---

Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale

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

cio

cts

4 - Ob Az: PS

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P07O01	<u>Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)</u>	i-P07O01	>	N.	1,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,3	
		Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto												
P07O02	<u>Estendere a tutti i presidi provinciali Visual NET, già presenta a Lucca</u>	i-P07O02	>	%	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*		
		da definire indicatore		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / scelte dell'Azienda sui sistemi informativi ospedalieri non hanno consentito questo sviluppo; da valutare per il 2017												
P07O03	<u>Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi</u>	i-P07O03	>	%	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,3	M
		Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento												
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	3,3	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	*	1,7	M
		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												
P07O05	<u>Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore</u>	i-P07O05	>	N.	2,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	3,3	
		3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati												
P07O06	<u>Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box...., ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali</u>	i-P07O06	>	%	0,00	1,00	3,3	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	*	2,5	M
		N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca												

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

P09O02	<u>Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione</u>	i-P09O01	>	%	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,3	M
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz													
		i-P09O02	>	%	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,3	M
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno													
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													
cio															

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non 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)			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	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)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - nessun verbale di riunione inviato al cdg al 30/06/2016								
verbali inviati a dicembre 2017														
		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)			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			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	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	
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)								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

106_HP01
PSP

**U.O.C. PRONTO SOCCORSO
PIOMBINO/ELBA (106)**

Totale pesì 100,0

71,3

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

UO/UF

112_17L5 **CENTRALE OPERATIVA 118 (112)**

ANDREA NICOLINI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****31,1****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****28,8****25,7**

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,33	0,33	5,1	12	0,90	1	170%	100%	5 *	5,1	M
		Percentuali morti encefaliche individuate	Anno 2014. Budget da definire				Osp. Versilia							cts
		B6.1.2	> %.	75,00	75,00	5,1	12	66,67	-8	-11%	40%	4 *	2,1	
		Percentuali donatori procurati	Anno 2014. Budget da definire				DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \							
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	3,1	12	67,28	-13	-16%	100%	vr 3 *	3,1	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES				fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112							cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	3,1	12	99,38	1	1%	100%	5 *	3,1	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							cts
		B8.4.2	> N.	100,00	90,00	12,4	12	90,00	0	0%	100%	*	12,4	cio
		Completezza e qualità 118	Anno 2014. completezza 90% qualità 95%				valutaz. 2017-11-05							

il valore di raggiungimento dell'obiettivo per la ex 112 è pari a 67,28 - Non considerato raggiunto a strutture di ricovero ex 112; a dipartimenti lasciato fascia mes

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**5,1****4,4**

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	5,1	12	2,55	0	-15%	85%	*	4,4	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	come da DGRT				il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica							

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

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **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	< €.	333.202,44	329.870,42	15,0	12	261.744,69	-68.126	-21%	100%	3 *	15,0	M	cio
importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA															
verifica del 2017-09-08 cdg H - valori totali viareggio, luca e massa															
		Euro03 Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)	< N.			0,0	12					*			
Annullato in quanto non riconducibili al cdr in maniera completa															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

4 - Ob Az: 118

P08O02	118: Omogeneizzare le modalità di utilizzo dei medici del 118 entro il 30 giugno	i-P08O02 Definire protocollo condiviso entro il 30 giugno	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*			
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / in attesa del risultato della commissione regionale presieduta da Roti sulla riorganizzazione dell'emergenza territoriale si propone non valutabile per l'anno 2016															
		i-P08O02a Verifica dell'utilizzo nel PS dei medici del 118 (non dipendenti) delle ex Aziende e eventuale assunzione da discipline equipollenti	>	0,00	1,00	30,9	12	1,00	0	0%	100%	*	30,9	M	
valutaz. 2017-11-05															

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	3,1	12	70,00	0	0%	100%	*	3,1		cio
diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità															
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.															
		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	3,1	12	100,00	0	0%	100%	*	3,1		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

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3 *	3,0	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,0	81,54	-8	-9%	91%		1,8	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)											cts
		Q03	> %	100,00	2,0	12	100,00	0	0%	100%		2,0	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts
		Q04	> %	60,00	2,0	12	60,00	0	0%	100%		2,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_17L5

**CENTRALE OPERATIVA 118
(112)**

Totale pesì 100,0

95,9

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

112 38L5

SERGIO MILETTI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

35,0

24,3

5,0

5,0

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%	100%	vr	3	0,6	
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 - Non considerato raggiunto a strutture di ricovero ex 112; a dipartimenti lasciato fascia mes																	
		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	
consuntivo da verificare																	
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																	
		B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	>	N.	87,18	90,00	3,3	12	91,66	2	2%	100%		3	3,3	M
consuntivo da verificare																	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																	

24,4

15,3

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																
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	48,49	75,00	2,2	12	63,82	-11	-15%	58%	0*	1,3	M	cio
Gen-Ago 2015 DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia																
		C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	75,52	84,22	2,2	12	80,21	-4	-5%	74%	2*	1,6	M	cio
Gen-Ago 2015 DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia																
		C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	88,38	89,46	4,4	12	86,47	-3	-3%	30%	3*	1,3		cio cts
Gen-Ago 2015 DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia																
		C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza >4h***	> %	88,17	95,00	3,3	12	83,93	-11	-12%	20%	2*	0,7		cio cts
Gen-Ago 2015 DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	55,80	70,00	2,2	12	58,37	-12	-17%	38%	2 *	0,8	M		
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,1	12	4,00	1	33%	100%	4 *	1,1	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 MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO (112) - fascia relativa alla Ausl TNO												
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	1,1	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 MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO (112) - 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										
		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										
		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										
		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		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M	cio	
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		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										
I - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA						4,4									2,9	
D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a	> N.		5,00	2,2	12	5,00	0	0%	100%	*	2,2		cio	
		Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso		% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%		valutaz. 2017-11-05										
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	2,35	0,02	2,2	12	2,29	2	9728%	33%	3 *	0,7	M		
		Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \ \										
						1,1									1,1	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

						15,0							4,5	
		2 - Obiettivi ECONOMICI				15,0							4,5	
E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	352.884,00	349.355,16	15,0	12	397.508,68	48.154	14%	30%	3*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

						35,0							29,7	
		3 - Obiettivi REGIONALI				2,3							2,3	
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												cts

4 - Ob Az: NEUROLOGIA

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	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	M
		Definizione Linea Guida												
		i-P44O04a	> N.	0,00	1,00	0,6	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	
		n° consulenza neurologiche per codice rosso stroke												
		i-P44O04b	> N.	0,00	1,00	0,0	12							
		n° fibrinolisi endovena eseguite												
		i-P44O04c	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	M
		mortalità a 30 gg per ictus (PNE)												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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-P44O04d individuazione di due poli per fibrinolisi locoregionale (Nord: Massa e Sud: Livorno)	>		0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		* 0,6	M
valutaz. 2017-11-05															
4 - Ob Az: PS							29,2								
P07O01	Studiare e definire la casistica piu' appropriata della medicina d'urgenza e quindi la sua funzione clinica ed organizzativa (partendo anche dai protocolli esistenti come quello di Lucca)	i-P07O01 Definire protocollo condiviso e monitoraggio dell'area di ricovero e tempi di degenza delle patologie EMBOLIA POLMONARE, TRAUMA TORACICO CON FRATTURE COSTALI ed EMORRAGIA DIGESTIVA	>	N.	1,00	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		* 5,8	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sostanzialmente il progetto comportava la riconversione della medicina di urgenza di Lucca quindi si propone raggiunto															
P07O02	Estendere a tutti i presidi provinciali Visual NET, già presenta a Lucca	i-P07O02 da definire indicatore	>	%	0,00	1,00	0,0	12						*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / scelte dell'Azienda sui sistemi informativi ospedalieri non hanno consentito questo sviluppo; da valutare per il 2017															
P07O03	Rendere gli organici del Pronto Soccorso flessibili rispetto ai periodi estivi e rispetto alle prime ore della notte, in funzione dei flussi degli accessi	i-P07O03 Definire una programmazione di ORARIO flessibile medico e infermieristico (a progetto?)	>	%	0,00	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		* 5,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / lo studio di fattibilità e il progetto sono stati realizzati; di fatto nel 2017 non è stato applicato per problemi organizzativi interni al dipartimento															
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 autonoma)	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	>	%	0,00	1,00	5,8	12	0,50	-1	-50%	50%		* 2,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari															
P07O05	Omogeneizzare audit di verifica sulle modalità di assegnazione del codice colore	i-P07O05 3 audit con la partecipazione di tutti i PS e dei rappresentanti locali del GTT (Gruppo Toscano Triage)	>	N.	2,00	1,00	5,8	12	1,00	0	0%	100%		* 5,8	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Realizzati															
P07O06	Definire di un modello unico di funzionamento del PS con standard di dotazioni...box.... ed un modello unico per i Pronto Soccorso dei piccoli ospedali	i-P07O06 N° box dedicati per ogni PS in base ai flussi di presentazione al Triage	>	%	0,00	1,00	5,8	12	0,75	0	-25%	75%		* 4,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo in corso su Livorno e in corso di raggiungimento su Lucca															
4 - Ob Az: RADIOLOGIA							1,2								
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	>	%	0,00	1,00	1,2	12	0,75	0	-25%	75%		* 0,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.															
5 - Obiettivi QUALITA'							15,0								
5 - Obiettivi QUALITA'							15,0								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,0	12	70,00	0	0%	100%	*	3,0	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità											cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0	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	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,8	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)												cts
		Q03	> %		100,00	2,0	12	100,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)											cts
		Q04	> %		60,00	2,0	12	60,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA, AREA CRITICA E
BLOCCO OPERATORIO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

112_38L5

**MEDICINA D'URGENZA E
PRONTO SOCCORSO (112)**

Totale pesi

100,0

73,4

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