

D05

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile: Raffaele Domenici

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.

D05

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile:

Macrostruttura

D05 DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Raffaele Domenici

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

1 - Obiettivi MeS

35,0

32,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,9

10,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	> %.	4,00	0,5	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,4		
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS									
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	102,73	95,39	2,7	12	99,74	4	5%	100%	5 *	2,7	cio
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo adeguato al valore regionale del consuntivo 2016								cts	
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,5	12	85,00	5	6%	100%	3 *	0,5	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202								cts	
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	5,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,5	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	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M
		Qualità del flusso informativo SDO			Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									
		B8.4.13	> N.		90,00	0,5	12	98,28	8	9%	100%		0,5	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	0,5	12	69,85	-10	-13%	100%	3 *	0,5	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95%		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.								cio	

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,3

18,7

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	8,00	0.5	12	5.30	-3	-34%	100%	2 *	0.5	M
		Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	10,13	10,13	2.2	12	9.71	0	-4%	100%		2.2	M
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - ATNO									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

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	0,0	12	134,50	15	12%	50%	4 *	0,0	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											fonte dati datawarehouse ATNO livello di calcolo asl - ATNO
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,5	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,5	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica												fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
		C4.9	> %.	88,57	76,45	1,1	12	85,71	9	12%	100%	3 *	1,1	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015											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
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
		C2a.M	< N.	0,18	0,17	2,7	12	0,34	0	98%	75% vr	2 *	2,0	
		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
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	92,86	94,08	0,5	12	96,51	2	3%	100%	4 *	0,5	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Gen-Ago 2015											fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA
		C4.7	> %.	72,23	84,02	0,0	12					4 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	consuntivo da verificare											Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	51,00	1,1	12	72,00	21	41%	100%	4 *	1,1	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
		C6.2.2	> N.	3,24	102,00	1,1	12	118,00	16	16%	100%	5 *	1,1	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
		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	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,5	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016											Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

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

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

Pagina 5 di 145

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	3.465.566,73	3.430.911,06	12,0	12	3.123.317,44	-307.594	-9%	100%	3 *	12,0	M	cio
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA															
verifica del 2017-09-08 cdg H - sommatoria dei valori delle UU.OO.															
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	64,61	-35	-35%	85%	2 *	1,3		cio
al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Ausl NO															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0		cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Ausl NO															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

27,6

3 - Obiettivi REGIONALI

8,7

7,9

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	2,7	12	61,85	-28	-31%	69%		1,9		
da aggiornare pre-consuntivo															
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE Totale															
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1		
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)															
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no		1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1		
sospeso in attesa di definizione regionale															
valutaz. 2017-11-05															
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7		cio
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no		0,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															
cts															

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

9,8

4,9

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P35O01	Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team	i-P35O01	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Risultano formalizzati 2 gom: ex asl 2 Lucca e ex asl 5 Pisa															
		i-P35O01a	> %	0,00	1,00	0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non ci sono riscontri su questo obiettivo. Si propone non valutabile															
		i-P35O01b	> %	0,00	1,00	0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato non è rilevabile															
		i-P35O01b	> %	0,00	1,00	0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato non è rilevabile															
P35O02	Estendere e condividere le buone pratiche in termini di appropriatezza (es. interventi al prolasso USL12)	i-P35O02	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
		i-P35O02a	< %	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	0%		*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In tutte le ex Asl valori dei ricoveri ripetuti per prolasso sono al di sotto del 5%															
		i-P35O02b	< %	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	100%		*	1,1	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati CdG 2015/2016 quantità di pessari/interventi di prolasso: ATNO da 33,9 a 43,1; ex Asl1 da 1,5 a 3,8; ex Asl 2 da 6,12 a 9,80; da 123% a 85%; ex Asl 6 da 107% a 155%. Qualità di registrazione del dato eterogenea. Ex Asl 12 non registra															
P35O03	Definire un piano formativo e di affiancamento a livello di area vasta per sviluppare in tutti i professionisti competenze ed approccio per la LAPAROSCOPIA	i-P35O03	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza															
		i-P35O03a	> %	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
valutaz. 2017-11-05															
P35O04	Standardizzare a livello di area vasta il setting assistenziale dedicato alle isteroscopie diagnostiche	i-P35O04	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza															
		i-P35O04a	> %	0,00	1,00	0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'obiettivo non è valutabile in quanto non coerente con la strategia aziendale, che prevede l'estensione e l'utilizzo di ormaweb anche per la chirurgia ambulatoriale															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P35O05	Rimodellare l'attivit� di chirurgia ginecologica in una programmazione comune che assegni determinate funzioni ed alcuni nodi della rete (ad es. Piombino e Barga solo day surgerv...)	i-P35O05 stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza													
P35O06	Sviluppare pool di 5-6 professionisti con competenze di chirurgia robotica, le indicazioni per questa metodica sono ancora limitate (essenzialmente tumori maligni principale dell'utero per le persone obese)	i-P35O06 individuazione pool	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La valutazione si � basata sulla dichiarazione dell'esistenza del pool													
4 - Ob Az: OSTETRICIA						4,4	4,4						
P34O02	Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica	i-P34O02 N. Audit specifici effettuati	> N.	0,00	1,00	0,0	12						
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dal documento inviato emerge che gli audit non sono stati effettuati perche ritenuto pi� opportuno svolgerli a fine 2017, una volta ultimata la fase di formazione a cascata													
		i-P34O02a Aumento rilevazioni rispetto anno precedente (Rilevazione Flusso CAP - ad oggi non disponibile, campo presente solo su SDO) - verifica al 30/06	> %	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG: Dati da SDO le rilevazioni relative alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata													
P34O03	Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo	i-P34O03 Elaborazione procedura specifica entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.													
P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle Professioni]Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano � presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.													
P34O05	Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA	i-P34O05 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nella sintesi si cita il PDTA delle induzioni e partogramma. Non inviato materiale													
4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA						1,1	1,1						
P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													
4 - Ob Az: PEDIATRIA						9,8	8,7						
P33O01	Standardizzare a livello di area vasta le modalit� operative per il trasferimento del neonato tra primo e secondo livello e descriverle in una procedura che metta in sicurezza il percorso anche dal punto di vista medico legale (es	i-P33O01 Definizione di una procedura di AV AREA Vasta	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura protocollo AV "Trasporto perinatale"													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P33O02	Rendere omogeneo a livello di area vasta l'utilizzo della breve osservazione pediatrica, che deve comunque restare nel limite delle 48 ore	i-P33O02 % osservazioni brevi oltre 48h	> %	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile da controllo di gestione. Si valuta sulla dichiarazione inferiore al 5%															
		i-P33O02a Coefficiente di variazione della % osservazioni brevi su tot casi (osservazioni+ricoveri)	> N.	0,00	1,00	0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile calcolo coefficienti di variazione MeS: Il Coefficiente di Variazione è un indice di variabilità definito dal rapporto fra deviazione standard e media. A valori maggiori del coefficiente di variazione corrisponde una dispersione maggiore delle osservazioni															
P33O03	Condividere e rendere omogeneo a livello di area vasta il limite di età del paziente considerato "pediatrico" in ambito di ricovero	i-P33O03 Predisposizione di un documento di appropriata assegnazione e modalità di presa in carico in base a patologia	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura di "ISTRUZIONE OPERATIVA": Definizione di età evolutiva ai fini assistenziali															
P33O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P33O04 Definizione ed adozione di un protocollo di passaggio del paziente diabetico da minore ad adulti	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura Procedura operativa: "La Transizione dal Centro Diabetologico Pediatrico al Centro diabetologico dell'Adulto"															
		i-P33O04a Condivisione di almeno 2 PDTA a livello aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1- Procedura prevenzione streptococco; 2- Procedura trattamento ipoglicemia															
		i-P33O04b Standardizzazione moduli rilevazione consenso informato	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Redazione 6 moduli di consenso															
P33O05	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia	i-P33O05 Definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Definito PDTA Otorino AOUP indicazioni di intervento di tonsillectomia															
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-P33O06 Definizione di una documento di individuazione dei poli della rete e delle procedure di presa in carico entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviato PAV e riferimento a indirizzi PAV, non contestualizzato in ATNO vedi vecchio documnto non c'è altro															
P33O07	Omogeneizzazione dello standard del "neonato patologico" (collegato a criticità C7.7)	i-P33O07 Definizione procedura entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Elaborazione proposta standardizzazione codifiche diagnosi e procedure vedi vecchio documnto non c'è altro															
4 - Ob Az: PROFESS. TECNICI SANITARI						0,0							*		
P43O04	Buone pratiche aziendali: Estensione del modello della ex usl 5 della gravidanza a basso rischio gestito in autonomia professionale dalle ostetriche	i-P43O04 invio documento di avvio del modello organizzativo.	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo del Dip. Professioni															
4 - Ob Az: PS						1,1							*	0,5	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triale unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,5	M	cio
Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari															

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,8

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 14,8

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	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)			verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)									cts
Q02a			> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%		2,1	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	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)										

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
D05	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Totale pesi		100,0	88,9

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

D05B

AREA OSTETRICA E GINECOLOGIA

Responsabile: Antonio Ragusa

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMI037 **OSTETRICIA E GINECOLOGIA (101)****1 - Obiettivi MeS****34,0****26,6****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****5,1****4,9**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %. n.d. -	4,00	1,1	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,9			
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %. 1 -	102,73	95,39	1,1	12	103,97	9	9%	100%	5 *	1,1	M	cio cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %. 0,8 -	82,70	80,00	0,6	12	87,69	8	10%	100%	3 *	0,6	M	cio cts
fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 101															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %. 0,985 -	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6		cio cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N. 0,95 -	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															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. 0,9 -		90,00	0,6	12	98,40	8	9%	100%	*	0,6		cio cts
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N. completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95% -	0,00	80,00	0,6	12	94,10	14	18%	100%	3 *	0,6	M	cio
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO. fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**25,5****19,5**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %. da definire -	18,14	18,14	0.6	12	15,82	-2	-13%	100%	*	0.6	M
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 1 di Massa Carrara														
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N. 120 -	139,69	120,00	1.1	12	125,27	5	4%	100%	5 *	1.1	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	4,76	0,00	1,1	12	1,52	2	15141 5%	50%	vr	5*	0,6	M	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	da definire -		fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo SS. Giacomo e Cristoforo Massa - Ostetricia E Ginecologia valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)											
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	75,29	1,1	12	75,36	0	0%	100%		2*	1,1		
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,72	-0,721204637096774 -	-0,72	1,1	12	-0,39	0	-47%	75%	vr	3*	0,8	cio
		\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \														
		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.	0,22	0,217124289195776 -	0,22	1,1	12	0,20	0	-9%	100%		2*	1,1	cio
		\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \														
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	92,85	0,928508695652174 -	92,85	1,1	12	82,45	-10	-11%	100%		3*	1,1	
		\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	2,3	12	6,00	3	100%	100%		4*	2,3	M	
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo OSTETRICIA E GINECOLOGIA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	2,3	12	6,00	0	0%	100%		5*	2,3	M	
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo OSTETRICIA E GINECOLOGIA (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		0,0	12						*		cio	
		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	0,68		0,0	12						*		cio	
		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		C6.5.5 Indice di 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	
		\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%		5*	0,6	cio	
		\ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42		1,1	12	2,66			100%		3*	1,1	cio	
		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 MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. da definire -	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	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)

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

\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \

		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %. 0,755639534883721 -	56,55	0,76	3,4	12	60,40	60	7893%	100%	3 *	3,4	M	cio
--	--	---	-----------------------------	-------	------	-----	----	-------	----	-------	------	-----	-----	---	-----

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane

		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< % 0,0495 -		0,05	3,4	12	7,32	7	14688 %	20%	2 *	0,7		
--	--	---	-----------------	--	------	-----	----	------	---	---------	-----	-----	-----	--	--

\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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

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

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

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

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1 Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %. -		100,00	1,1	12	58,39	-42	-42%	58%		0,7		
-------------	---	---	-----------	--	--------	-----	----	-------	-----	------	-----	--	-----	--	--

dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane

		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	1,1	12	31,31	-54	-63%	37%		0,4		
--	--	--	--	--	-------	-----	----	-------	-----	------	-----	--	-----	--	--

dato calcolato a livello di Ausl NO

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI e NON SANITARI	< €. - 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	614.759,87	608.612,27	10,0	12	463.384,33	-145.228	-24%	100%	3 *	10,0	M	cts
----------	--	--	--	------------	------------	------	----	------------	----------	------	------	-----	------	---	-----

verifica del 2017-09-08 cdg H -

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

41,0

28,2

3 - Obiettivi REGIONALI

3,6

3,0

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %	90,00	1,2	12	23,53	-66	-74%	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 OSTETRICIA E GINECOLOGIA (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)
		RT14	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	- n. branche specialistiche riorganizzate > 3											tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT7	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	- secondo cronoprogramma FTGM											cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)

cio

4 - Ob Az:

0,9

0,9

B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	IR019	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Anticorruzione: formazione	- partecipazione ad almeno un corso di formazione organizzato dall'azienda											
														Il corso di formazione per decisione aziendale è stato rinviato al 2017
		IR172	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,3	M
		Assicurare la corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali in materia e provvedere alla nomina degli incaricati al trattamento	-											VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY
		IR246	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,3	M
		Garantire l'aggiornamento e la completezza dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di trasparenza, per la parte di competenza	-											assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
IR anticor	Anticorruzione	IR020	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,3	M
r		Anticorruzione: rispetto normativa anticorruzione (allegato 1)	- rispetto obiettivi contenuti nel piano											VERIFICHE IN CORSO DA PARTE DEL RESP. ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

21,9

10,9

P35001	<u>Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team</u>	i-P35001	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,2	M
		Formalizzare l'istituzione del GOM Ginecologico entro giugno	- Formalizzare l'istituzione del GOM Ginecologico entro giugno											Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Risultano formalizzati 2 gom: ex asl 2 Lucca e ex asl 5 Pisa
		i-P35001a	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		riunioni effettuate / numero casi trattati	- riunioni effettuate / numero casi trattati (valore atteso 100%)											Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non ci sono riscontri su questo obiettivo. Si propone non valutabile

P35002	Estendere e condividere le buone pratiche in termini di appropriatezza (es. interventi al prolasso USL12)	i-P35002	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
		Definire un percorso condiviso per le pazienti con problema del pavimento pelvico (sia diagnostico che per il trattamento terapeutico) individuando le sedi di diagnosi e di terapia entro il ... - Definire un percorso condiviso per le pazienti con problema del pavimento pelvico (sia diagnostico che per il trattamento terapeutico) individuando le sedi di diagnosi e di terapia entro il ...												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
		i-P35002a	< %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	0%	*	0,0	
		pazienti riperate per complicanze da chirurgia protesica o recidiva di prolasso / pazienti operate per intervento al prolasso (considerare più anni possibile) (valore atteso < 5%) - pazienti riperate per complicanze da chirurgia protesica o recidiva di prolasso / pazienti operate per intervento al prolasso (considerare più anni possibile) (valore atteso < 5%)												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In tutte le ex Asl valori dei ricoveri ripetuti per prolasso sono al di sotto del 5%												
		i-P35002b	< %	0,00	1,00	2,4	12	0,50	-1	-50%	100%	*	2,4	
		quantità di pessari sui casi di prolasso (valore atteso: almeno il 50%) - quantità di pessari sui casi di prolasso (valore atteso: almeno il 50%)												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati CdG 2015/2016 quantità di pessari/interventi di prolasso: ATNO da 33,9 a 43,1; ex Asl1 da 1,5 a 3,8; ex Asl 2 da 6,12 a 9,80; da 123% a 85%; ex Asl 6 da 107% a 155%. Qualità di registrazione del dato eterogenea. Ex Asl 12 non registra												
P35003	Definire un piano formativo e di affiancamento a livello di area vasta per sviluppare in tutti i professionisti competenze ed approccio per la LAPAROSCOPIA	i-P35003	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		predisposizione di un piano-calendario di formazione presso la Us1 12 o attraverso affiancamento della stessa - predisposizione di un piano-calendario di formazione presso la Us1 12 o attraverso affiancamento della stessa												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza												
		i-P35003a	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
		% attività laparoscopica (da incrementare del 10%) - + 10% interventi in laparoscopia												
		valutaz. 2017-11-05												
P35004	Standardizzare a livello di area vasta il setting assistenziale dedicato alle isteroscopie diagnostiche	i-P35004	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		individuazione del luogo diverso dalla sala operatoria, standardizzazione delle modalità di esecuzione (non indicato l'apparecchiatura di campo sterile alla donna) e il livello di sterilità e antisepsi - entro giugno - individuazione del luogo diverso dalla sala operatoria, standardizzazione delle modalità di esecuzione (non indicato l'apparecchiatura di campo sterile alla donna) e il livello di sterilità e antisepsi - entro giugno												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza												
		i-P35004a	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
		isteroscopie diagnostiche presenti nel flusso SPA e non più su Ormaweb (valore atteso: 100%) - isteroscopie diagnostiche presenti nel flusso SPA e non più su Ormaweb (valore atteso: 100%)												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'obiettivo non è valutabile in quanto non coerente con la strategia aziendale, che prevede l'estensione e l'utilizzo di ormaweb anche per la chirurgia ambulatoriale												
P35005	Rimodellare l'attività di chirurgia ginecologica in una programmazione comune che assegni determinate funzioni ed alcuni nodi della rete (ad es. Piombino e Barga solo day surgerv...)	i-P35005	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno - stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza												
P35006	Sviluppare pool di 5-6 professionisti con competenze di chirurgia robotica, le indicazioni per questa metodica sono ancora limitate (essenzialmente tumori maligni principale dell'utero per le persone obese)	i-P35006	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	M
		individuazione pool - individuazione del pool												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La valutazione si è basata sulla dichiarazione dell'esistenza del pool												

4 - Ob Az: OSTETRICIA

9,7

9,7

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	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.		3,00	3,3	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,0	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	3,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,0	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	3,3	12	100,00	0	0%	100%	*	3,3	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	5,0	12	60,00	0	0%	100%	*	5,0	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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2
Valutazione
p1 P2

101_1FMI
037

**OSTETRICA E GINECOLOGIA
(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

102_423103

SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA (102)

GIANLUCA BRACCO

ROSARIA PAPINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****30,0****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,6****8,7**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	102,73 / 100	95,39	2,6	12	89,83	-6	-6%	30%	3 *	0,8	cio cts
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	82,70 consuntivo 2015 fonte MES	80,00	0,5	12	95,55	16	19%	100%	3 *	0,5	M cio cts
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	100,00 / 98,5	98,50	5,3	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,3	cio cts
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> N.	96,66 / 95	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	90,00 / 90	90,00	0,5	12	99,99	10	11%	100%	*	0,5	cio cts
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.	0,00 / completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95%	80,00	0,5	12	109,30	29	37%	100%	3 *	0,5	M cio

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**21,7****18,7**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	1,27	8,07	5.3	12	2.68	-5	-67%	100%		5.3	
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	/ da definire				fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ZONA-DISCIPLINA -> della Piana di Lucca-37							
		C1.1	< N.	136,32	120,00	0.5	12	126,60	7	6%	100%	4	0.5	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	12,12	0,00	0,5	12	4,08	4	40806 3%	50%	vr	5*	0,3	M
			% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		/ valore 2015		fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale San Luca - Ostetricia E Ginecologia valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)								
			C4.9	> %	88,57	80,33	0,6	12	76,81	-4	-4%	20%	2*	0,1	
			DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		/ 80,325952381		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,04	-0,04	1,6	12	-0,15	0	274%	100%		1*	1,6	M
			Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		/ valore 2015		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								
			C2a.M	< N.	-0,02	-0,02	2,6	12	-0,04	0	91%	100%	2*	2,6	M
			Indice di performance degenza media - DRG Medici		/ valore 2015		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %	86,71	93,06	0,5	12	100,00	7	7%	100%		4*	0,5	M
			Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		/ 93,06		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								
			C4.7	> %	73,89	80,00	0,0	12					4*		
			Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		/		DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \								
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %	1,51	3,00	0,5	12	1,00	-2	-67%	40%		4*	0,2	
			Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 3		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO								
			C6.2.2	> N.	3,24	6,00	0,5	12	3,00	-3	-50%	50%	5*	0,3	
			Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 6		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO								
			C6.5.3	> N.		85,00	0,0	12					*		
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		/ 85		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								
			C6.5.4	> N.		85,00	0,0	12					*		
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		/ 85		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								
			C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,5	
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		/ 80		\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
			C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,5	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,5	
			Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale		/ 75		\ \ \ \ 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 MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	0,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,5	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 100	83,33	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,5	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)														
C7	Materno Infantile	C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %. / 16,306928747	15,11	16,31	0,5	12	18,80	2	15%	30%	3 *	0,2	cio
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \														
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %. / 45,504382902	56,55	45,50	0,5	12	37,74	-8	-17%	0%	1 *	0,0	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< % / 5,3	3,96	5,30	0,5	12	4,61	-1	-13%	100%	3 *	0,5	
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. / come da DGRT		3,00	5,3	12	2,55	0	-15%	85%	*	4,5	
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

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	< €. / Min(valore 2014;valore 2015-1%)	353.450,84	349.916,33	12,0	12	315.954,18	-33.962	-10%	100%	3 *	12,0	M cio
verifica del 2017-09-08 cdg H -														cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %. al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		100,00	1,5	12	28,31	-72	-72%	75%	vr 1 *	1,1	cio
dato calcolato a livello di Presidio Osp. Lucca														
parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3*	1,1	cio
			almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %			dato calcolato a livello di Ausl NO								

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

27,3

3 - Obiettivi REGIONALI

10,1

8,7

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	3,2	12	50,00	-40	-44%	56%		1,8	
			/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA (102)							
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		1,3	
			/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3			tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)							
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no / si	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%		1,3	M
						valutaz. 2017-11-05							
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no / si	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	cio
						cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)							
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%		0,6	M
						assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%		0,6	cio
						VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY							

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

15,1

9,5

P35001	Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team	i-P35001 Formalizzare l'istituzione del GOM Ginecologico entro giugno	> si/no	0,00	1,00	12	0,50	-1	-50%	50%		0,6	M
						Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Risultano formalizzati 2 gom: ex asl 2 Lucca e ex asl 5 Pisa							
		i-P35001a riunioni effettuate / numero casi trattati	> %	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%		1,3	M
						valutaz. 2017-11-05							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P35001	<u>Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team</u>	i-P35001b numero donne operate / numero interventi con GOM (nel secondo semestre 2016)	> %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
valutaz. 2017-11-05														
P35002	<u>Estendere e condividere le buone pratiche in termini di appropriatezza (es. interventi al prolasso USL12)</u>	i-P35002 Definire un percorso condiviso per le pazienti con problema del pavimento pelvico (sia diagnostico che per il trattamento terapeutico) individuando le sedi di diagnosi e di terapia entro il ...	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P35002a pazienti riperate per complicanze da chirurgia protesica o recidiva di prolasso / pazienti operate per intervento al prolasso (considerare più anni possibile) (valore atteso < 5%)	< %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	0%	*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In tutte le ex Asl valori dei ricoveri ripetuti per prolasso sono al di sotto del 5%														
		i-P35002b quantità di pessari sui casi di prolasso (valore atteso: almeno il 50%)	< %	0,00	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	100%	*	1,3	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati CdG 2015/2016 quantità di pessari/interventi di prolasso: ATNO da 33,9 a 43,1; ex Asl1 da 1,5 a 3,8; ex Asl 2 da 6,12 a 9,80; da 123% a 85%; ex Asl 6 da 107% a 155%. Qualità di registrazione del dato eterogenea. Ex Asl 12 non registra														
P35003	<u>Definire un piano formativo e di affiancamento a livello di area vasta per sviluppare in tutti i professionisti competenze ed approccio per la LAPAROSCOPIA</u>	i-P35003 predisposizione di un piano-calendario di formazione presso la Usl 12 o attraverso affiancamento della stessa	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
		i-P35003a % attività laparoscopica (da incrementare del 10%)	> %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
valutaz. 2017-11-05														
P35004	<u>Standardizzare a livello di area vasta il setting assistenziale dedicato alle isteroscopie diagnostiche</u>	i-P35004 individuazione del luogo diverso dalla sala operatoria, standardizzazione delle modalità di esecuzione (non indicato l'apparecchiatura di campo sterile alla donna) e il livello di sterilità e antisepsi - entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
		i-P35004a isteroscopie diagnostiche presenti nel flusso SPA e non più su Ormaweb (valore atteso: 100%)	> %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
valutaz. 2017-11-05														
P35005	<u>Rimodellare l'attività di chirurgia ginecologica in una programmazione comune che assegni determinate funzioni ed alcuni nodi della rete (ad es. Piombino e Barga solo day surgerv...)</u>	i-P35005 stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
P35006	<u>Sviluppare pool di 5-6 professionisti con competenze di chirurgia robotica, le indicazioni per questa metodica sono ancora limitate (essenzialmente tumori maligni principale dell'utero per le persone obese)</u>	i-P35006 individuazione pool	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La valutazione si è basata sulla dichiarazione dell'esistenza del pool														

4 - Ob Az: OSTETRICIA

6,3

6,3

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P34O02	Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica	i-P34O02 N. Audit specifici effettuati	> N.	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,3	M	cio
---------------	---	---	------	------	------	------------	----	------	---	----	------	--------------------------	------------	---	-----

valutaz. 2017-11-05

i-P34O02a	> %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,3	M	cio
-----------	-----	------	------	------------	----	------	---	----	------	--------------------------	------------	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG: Dati da SDO le rilevazioni relative alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata

P34O03	Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo	i-P34O03 Elaborazione procedura specifica entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,3	M	cio
---------------	--	---	---------	------	------	------------	----	------	---	----	------	--------------------------	------------	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.

P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle Professioni (Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano)	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,3	M	cio
---------------	---	--	------	------	------	------------	----	------	---	----	------	--------------------------	------------	---	-----

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

P34O05	Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA	i-P34O05 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,3	M	cio
---------------	---	--	------	------	------	------------	----	------	---	----	------	--------------------------	------------	---	-----

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

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA	1,3	1,3
--	------------	------------

P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,3	M	cio
---------------	---	---	---------	------	------	------------	----	------	---	----	------	--------------------------	------------	---	-----

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

4 - Ob Az: PROFESS. TECNICI SANITARI	1,0	1,0
---	------------	------------

P43O04	Buone pratiche aziendali: Estensione del modello della ex usl 5 della gravidanza a basso rischio gestito in autonomia professionale dalle ostetriche	i-P43O04 invio documento di avvio del modello organizzativo.	> si/no / si	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,0	M	
---------------	---	---	-----------------	------	------	------------	----	------	---	----	------	--------------------------	------------	---	--

valutaz. 2017-11-05

4 - Ob Az: PS	1,3	0,6
----------------------	------------	------------

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,6	M	cio
---------------	--	--	-----	------	------	------------	----	------	----	------	-----	--------------------------	------------	---	-----

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

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

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).	/ si											cts
		Q01a	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	/ si											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	5,8	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate											cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	/ 100											cts
		Q03	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si											cts
		Q04	> %		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	/ 60											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42310
3

**SC OSTETRICA E
GINECOLOGIA (102)**

Totale pesì 100,0

86,3

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

102_423104

S.S. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - H VDS (102)

FEDELE MARIO NUZZI

TERESA PORTA

1 - Obiettivi MeS**35,0****30,7****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,8****10,7**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	102,73	95,39	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5	
			obiettivo non più presente in DGRT 208/2016 / valore 2015			assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS								
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	2,7	12	96,70	1	1%	100%	4 *	2,7	cio cts
			/ 100			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio								
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	95,55	16	19%	100%	3 *	0,5	M cio cts
			consuntivo 2015 fonte MES			fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102								
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,4	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,4	cio cts
			/ 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	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M
			/ 95			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	99,99	10	11%	100%	*	0,5	cio cts
			/ 90			fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102								
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,5	12	109,30	29	37%	100%	3 *	0,5	M cio
			/ completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95%			assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO. fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)								

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**21,5****17,3**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	1,97	8,07	5.4	12	3.78	-4	-53%	100%	*	5.4	
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	/ da definire		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ZONA-DISCIPLINA --della Valle del Serchio-37									
<hr/>														
		C1.1	< N.	136,32	120,00	0.5	12	130,50	11	9%	76%	4 *	0.4	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,0	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,0	
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	/ obtv NA											fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo S. Francesco Barga (LU) - Ostetricia E Ginecologia
		C4.9	> %.	88,57	80,33	0,6	12	59,68	-21	-26%	0%	0 *	0,0	
		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 Valle del Serchio
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,42	-0,42	1,6	12	-0,35	0	-16%	75%	vr 2 *	1,2	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	/ valore 2015											cts
		C2a.M	< N.	0,00	0,00	2,7	12	0,03	0	3200%	75%	vr 0 *	2,0	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	/ valore 2015											cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	94,64	93,06	0,5	12	100,00	7	7%	100%	5 *	0,5	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	/ 93,06											mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:
		C4.7	> %.	75,86	80,00	0,0	12					4 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	/											DATO 2015 - Osp. Barga \ Dato 2016 - Osp. Barga \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	0,5	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	0,2	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 3											cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	0,5	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	0,3	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 6											cts
		C6.5.3	> N.		85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	/ 85											cts
		C6.5.4	> N.		85,00	0,0	12							cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	/ 85											cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,5	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	/ 80											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N. / 75	99,20	75,00	0,5	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,5	cio
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	0,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,5	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 100	83,33	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,5	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)														
C7	Materno Infantile	C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %. / 16,306928747	21,33	16,31	0,5	12	21,23	5	30%	22%	2 *	0,1	M cio
DATO 2015 - Osp. Barga \ Dato 2016 - Osp. Barga \														
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %. / 45,504382902	56,55	45,50	0,5	12	18,57	-27	-59%	0%	0 *	0,0	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio														
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< % / 5,3	9,45	5,30	0,5	12	4,11	-1	-22%	100%	3 *	0,5	M
DATO 2015 - Osp. Barga \ Dato 2016 - Osp. Barga \														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. / come da DGRT		3,00	5,4	12	2,55	0	-15%	85%	*	4,5	
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

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

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%)	187.785,51	185.907,65	12,0	12	139.476,72	-46.431	-25%	100%	3 *	12,0	M cio
verifica del 2017-09-08 cdg H -														cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	3,2	12	0,00	-90	-100%	50%	vr	1,6		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di S.S. OSTETRICIA E GINECOLOGIA - H VDS (102)								
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)												
		RT14	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT3	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)		/ si		valutaz. 2017-11-05								
		RT7	> si/no	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2		
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio		/ si		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)								
		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		/ si		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5b	> si/no	1,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		/ si		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY								

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

				15,1								9,5	
P35001	Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team	i-P35001 Formalizzare l'istituzione del GOM Ginecologico entro giugno	> si/no	0,00 1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	M
													Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Risultano formalizzati 2 gom: ex asl 2 Lucca e ex asl 5 Pisa

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P35O01	Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team	i-P35O01a	> %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
		riunioni effettuate / numero casi trattati												
		i-P35O01b	> %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
		numero donne operate / numero interventi con GOM (nel secondo semestre 2016)												
P35O02	Estendere e condividere le buone pratiche in termini di appropriatezza (es. interventi al prolasso USL12)	i-P35O02	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
		Definire un percorso condiviso per le pazienti con problema del pavimento pelvico (sia diagnostico che per il trattamento terapeutico) individuando le sedi di diagnosi e di terapia entro il ...												
		i-P35O02a	< %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	0%	*	0,0	
		pazienti riperate per complicanze da chirurgia protesica o recidiva di prolasso / pazienti operate per intervento al prolasso (considerare più anni possibile) (valore atteso < 5%)												
		i-P35O02b	< %	0,00	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	100%	*	1,3	
		quantità di pessari sui casi di prolasso (valore atteso: almeno il 50%)												
P35O03	Definire un piano formativo e di affiancamento a livello di area vasta per sviluppare in tutti i professionisti competenze ed approccio per la LAPAROSCOPIA	i-P35O03	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		predisposizione di un piano-calendario di formazione presso la Usl 12 o attraverso affiancamento della stessa												
		i-P35O03a	> %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
		% attività laparoscopica (da incrementare del 10%)												
P35O04	Standardizzare a livello di area vasta il setting assistenziale dedicato alle isteroscopie diagnostiche	i-P35O04	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		individuazione del luogo diverso dalla sala operatoria, standardizzazione delle modalità di esecuzione (non indicato l'apparecchiatura di campo sterile alla donna) e il livello di sterilità e antisepsi - entro giugno												
		i-P35O04a	> %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M
		isteroscopie diagnostiche presenti nel flusso SPA e non più su Ormaweb (valore atteso: 100%)												
P35O05	Rimodellare l'attività di chirurgia ginecologica in una programmazione comune che assegni determinate funzioni ed alcuni nodi della rete (ad es. Piombino e Barga solo day surgerv...)	i-P35O05	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P35006	<u>Sviluppare pool di 5-6 professionisti con competenze di chirurgia robotica, le indicazioni per questa metodica sono ancora limitate (essenzialmente tumori maligni principale dell'utero per le persone obese)</u>	i-P35006 individuazione pool	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La valutazione si è basata sulla dichiarazione dell'esistenza del pool															
4 - Ob Az: OSTETRICIA						6,3									
P34002	<u>Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica</u>	i-P34002 N. Audit specifici effettuati	> N.	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M	cio
valutaz. 2017-11-05															
		i-P34002a Aumento rilevazioni rispetto anno precedente (Rilevazione Flusso CAP - ad oggi non disponibile, campo presente solo su SDO) - verifica al 30/06	> %	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG.: Dati da SDO le rilevazioni relative alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata															
P34003	<u>Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo</u>	i-P34003 Elaborazione procedura specifica entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.															
P34004	<u>In condivisione con il Dipartimento delle Professioni]Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano</u>	i-P34004 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.															
P34005	<u>Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA</u>	i-P34005 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nella sintesi si cita il PDTA delle induzioni e partogramma. Non inviato materiale															
4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA						1,3									
P34001	<u>Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale</u>	i-P34001 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
4 - Ob Az: PROFESS. TECNICI SANITARI						1,0									
P43004	<u>Buone pratiche aziendali: Estensione del modello della ex usl 5 della gravidanza a basso rischio gestito in autonomia professionale dalle ostetriche</u>	i-P43004 invio documento di avvio del modello organizzativo.	> si/no / si	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M	
valutaz. 2017-11-05															
4 - Ob Az: PS						1,3									
P07004	<u>Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del Sec&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track... triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)</u>	i-P07004 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	1,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari															
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_42310
4

**S.S. OSTETRICIA E
GINECOLOGIA - H VDS (102)**

Totale pesi 100,0

83,1

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD103140

2 **UO OSTETRICIA/GINECOLOGIA VDE (105)**

SREBOT MASSIMO

1 - Obiettivi MeS**35,0****33,8****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****9,6****9,5**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,5	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,4		
sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.														
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS														
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	2,4	12	107,69	12	13%	100%	5 *	2,4	M
consuntivo 103,54, da verificare														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era														
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	88,40	8	11%	100%	3 *	0,5	M
consuntivo 2015 fonte MES														
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105														
mail MP del 2017-09-27														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	4,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	4,8	M
consuntivo da verificare														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	97,15	7	8%	100%	*	0,5	M
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105														
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,5	12	95,90	16	20%	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**23,0****22,0**

C	Valutazione sanitaria	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0.5	12	5,12	-3	-36%	100%	3 *	0.5	M
Gen-Ago 2015														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era														
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	3,48	7,38	4.8	12	3,51	-4	-52%	100%		4.8	M
Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)														
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ZONA-DISCIPLINA ->della Val d'Era-37														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	>	N.	99,20	75,00	0,5	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,5	Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO	
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	%	2,42	3,00	0,5	12	2,66	0	-11%	100%	3*	0,5	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	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4*	0,5	M	gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	<	%.	149,52	159,80	0,0	12					4*		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era	
		C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	<	%.	14,73	14,62	0,5	12	12,59	-2	-14%	100%	5*	0,5	M	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	>	%.	56,55	63,33	0,5	12	61,43	-2	-3%	100%	3*	0,5	M	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<	%	5,66	2,76	0,5	12	3,32	1	20%	100%	4*	0,5	M	DATO 2015 - Osp. Pontedera \ Dato 2016 - Osp. Pontedera
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	>	N.		3,00	4,8	12	2,55	0	-15%	85%	*	4,1	il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica	

2,4 2,4

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

15,0	14,5
------	------

15,0	14,5
------	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	168.977,86	167.288,08	12,0	12	169.684,33	2.396	1%	100%	vr	3 *	12,0	cio
<i>importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA</i>															cts
<i>verifica del 2017-09-08 cdg H -</i>															
<i>RF: importo di scostamento contenuto entro 5.000€ oppure 1% e peso elevato dell'indicatore; si considera raggiunto (2017-11-05)</i>															
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	95,64	-4	-4%	100%		3 *	1,5	cio
<i>al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %</i>															
<i>dato calcolato a livello di Presidio Osp. Pontedera</i>															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%		3 *	1,0	cio
<i>almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %</i>															
<i>dato calcolato a livello di Ausl NO</i>															

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	60,00	-30	-33%	67%		*	2,5	
<i>da aggiornare pre-consuntivo</i>															
<i>% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UO OSTETRICIA/GINECOLOGIA VDE (105)</i>															
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	
<i>tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)</i>															
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no		1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	
<i>sospeso in attesa di definizione regionale</i>															
<i>valutaz. 2017-11-05</i>															
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no		1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%		*	3,8	cio
<i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no		0,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	M
<i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>															cts

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

13,7

6,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

2015 2016 2016

P35001	Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team	i-P35001	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	* 0,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Risultano formalizzati 2 gom: ex asl 2 Lucca e ex asl 5 Pisa														
		i-P35001a	> %	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non ci sono riscontri su questo obiettivo. Si propone non valutabile														
		i-P35001b	> %	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato non è rilevabile														
		i-P35002	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P35002a	< %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	0%	<input type="checkbox"/>	* 0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In tutte le ex Asl valori dei ricoveri ripetuti per prolasso sono al di sotto del 5%														
		i-P35002b	< %	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,5	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati CdG 2015/2016 quantità di pessari/interventi di prolasso: ATNO da 33,9 a 43,1; ex Asl1 da 1,5 a 3,8; ex Asl 2 da 6,12 a 9,80; da 123% a 85%; ex Asl 6 da 107% a 155%. Qualità di registrazione del dato eterogenea. Ex Asl 12 non registra														
P35003	Definire un piano formativo e di affiancamento a livello di area vasta per sviluppare in tutti i professionisti competenze ed approccio per la LAPAROSCOPIA	i-P35003	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	<input type="checkbox"/>	* 0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
		i-P35003a	> %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,5	M
valutaz. 2017-11-05														
P35004	Standardizzare a livello di area vasta il setting assistenziale dedicato alle isteroscopie diagnostiche	i-P35004	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	<input type="checkbox"/>	* 0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
		i-P35004a	> %	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'obiettivo non è valutabile in quanto non coerente con la strategia aziendale, che prevede l'estensione e l'utilizzo di ormaweb anche per la chirurgia ambulatoriale														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P35O05	Rimodellare l'attività di chirurgia ginecologica in una programmazione comune che assegni determinate funzioni ed alcuni nodi della rete (ad es. Piombino e Barga solo day surgerv...)	i-P35O05 stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza													
P35O06	Sviluppare pool di 5-6 professionisti con competenze di chirurgia robotica, le indicazioni per questa metodica sono ancora limitate (essenzialmente tumori maligni principale dell'utero per le persone obese)	i-P35O06 individuazione pool	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La valutazione si è basata sulla dichiarazione dell'esistenza del pool													
4 - Ob Az: OSTETRICIA						6,1							
P34O02	Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica	i-P34O02 N. Audit specifici effettuati	> N.	0,00	1,00	0,0	12						cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dal documento inviato emerge che gli audit non sono stati effettuati perche ritenuto più opportuno svolgerli a fine 2017, una volta ultimata la fase di formazione a cascata													
		i-P34O02a Aumento rilevazioni rispetto anno precedente (Rilevazione Flusso CAP - ad oggi non disponibile, campo presente solo su SDO) - verifica al 30/06	> %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG.: Dati da SDO le rilevazioni relative alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata													
P34O03	Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo	i-P34O03 Elaborazione procedura specifica entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.													
P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle Professioni/Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.													
P34O05	Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA	i-P34O05 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nella sintesi si cita il PDTA delle induzioni e partogramma. Non inviato materiale													

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA

P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													

4 - Ob Az: PS

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See& Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	0,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari													

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	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	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)											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)	verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											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)												cts
		Q03	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)											cts
		Q04	> %		60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

105_BD10
31402

UO
OSTETRICA/GINECOLOGIA
VDE (105)

Totale pesi 100,0

89,2

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_HC05OE
G

U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA CECINA (106)

ANDREA ANTONELLI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,9

9,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	102,73	95,39	0,5	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,4	assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	2,6	12	97,20	2	2%	100%	4 *	2,6	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,5	fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,2	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	96,33	6	7%	100%	*	0,5	fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3 *		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO. fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

22,5

18,8

C	Valutazione sanitaria	C7.5	Fughe per parto	< %.	17,99	7,56	2,6	12	13,91	6	84%	39%	*	1,0	M Dato 2015 - Ausl NO
		C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0,5	12	3,91	-4	-51%	100%	4 *	0,5	M dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,1	12	10,20	0	-3%	100%		2,1	M	
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno									
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,5	12	113,09	-7	-6%	100%	5*	0,5	M	
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina									
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	7,14	0,00	0,5	12	2,94	3	29401 8%	50%	vr	1*	0,3	M
						fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Civile Cecina (LI) - Ostetricia E Ginecologia									
						valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)									
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,5	12	81,82	5	7%	100%	3*	0,5		
			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.	-0,61	-0,61	1,6	12	-0,56	0	-8%	75%	vr	3*	1,2	cio
						DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \									
						dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo									
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	1,64	0,80	2,6	12	0,54	0	-33%	100%	2*	2,6	M	cio
						DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \									
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	83,92	94,08	0,5	12	92,67	-1	-1%	100%	4*	0,5	M	
			Gen-Ago 2015			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \									
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	75,54	84,02	0,0	12					4*			
			consuntivo da verificare			DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,0	12	2,00	-1	-33%	73%	4*	0,8	M	cio
						dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA 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	1,0	12	6,00	0	0%	100%	5*	1,0	M	cio
						dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA 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					*			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									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

5,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	123.115,72	121.884,56	12,0	12	128.011,45	6.127	5%	30%	3	*	3,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												cts	
				tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA				verifica del 2017-09-08 cdg H -							
		Euro01a-F12a.25.1	> %.		100,00	1,5	12	37,55	-62	-62%	58%	2	*	0,9	cio
		% di dimessi da ricovero con erogazione in DD													
				al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %				dato calcolato a livello di Presidio Osp. Cecina							
		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,0	cio
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD													
				almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %				dato calcolato a livello di Ausl NO							

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

24,5

3 - Obiettivi REGIONALI

12,2

9,3

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	3,8	12	50,00	-40	-44%	56%	*	2,1		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)													
				da aggiornare pre-consuntivo				% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA CECINA (106)							
		RT14	> si/no		1,00	1,5	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,3		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)													
				tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)											
		RT3	> si/no		1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5		
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)													
				sospeso in attesa di definizione regionale				valutaz. 2017-11-05							

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no		1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%		3,8	
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	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale														
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														
4 - Ob Az: GINECOLOGIA						13,7	6,8							
P35O01	Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team	i-P35O01	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	M
Formalizzare l'istituzione del GOM Ginecologico entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Risultano formalizzati 2 gom: ex asl 2 Lucca e ex asl 5 Pisa														
i-P35O01a			> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
riunioni effettuate / numero casi trattati														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non ci sono riscontri su questo obiettivo. Si propone non valutabile														
i-P35O01b			> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
numero donne operate / numero interventi con GOM (nel secondo semestre 2016)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato non è rilevabile														
P35O02	Estendere e condividere le buone pratiche in termini di appropriatezza (es. interventi al prolasso USL12)	i-P35O02	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Definire un percorso condiviso per le pazienti con problema del pavimento pelvico (sia diagnostico che per il trattamento terapeutico) individuando le sedi di diagnosi e di terapia entro il ...														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
i-P35O02a			< %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	0%	*	0,0	
pazienti riperate per complicanze da chirurgia protesica o recidiva di prolasso / pazienti operate per intervento al prolasso (considerare più anni possibile) (valore atteso < 5%)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In tutte le ex Asl valori dei ricoveri ripetuti per prolasso sono al di sotto del 5%														
i-P35O02b			< %	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	100%	*	1,5	
quantità di pessari sui casi di prolasso (valore atteso: almeno il 50%)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati CdG 2015/2016 quantità di pessari/interventi di prolasso: ATNO da 33,9 a 43,1; ex Asl11 da 1,5 a 3,8; ex Asl 2 da 6,12 a 9,80; da 123% a 85%; ex Asl 6 da 107% a 155%. Qualità di registrazione del dato eterogenea. Ex Asl 12 non registra														
P35O03	Definire un piano formativo e di affiancamento a livello di area vasta per sviluppare in tutti i professionisti competenze ed approccio per la LAPAROSCOPIA	i-P35O03	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
predisposizione di un piano-calendario di formazione presso la Usl 12 o attraverso affiancamento della stessa														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
i-P35O03a			> %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
% attività laparoscopica (da incrementare del 10%)														
valutaz. 2017-11-05														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P35O04	Standardizzare a livello di area vasta il setting assistenziale dedicato alle isteroscopie diagnostiche	i-P35O04 individuazione del luogo diverso dalla sala operatoria, standardizzazione delle modalità di esecuzione (non indicato l'apparecchiatura di campo sterile alla donna) e il livello di sterilità e antisepsi - entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
		i-P35O04a isteroscopie diagnostiche presenti nel flusso SPA e non più su Ormaweb (valore atteso: 100%)	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'obiettivo non è valutabile in quanto non coerente con la strategia aziendale, che prevede l'estensione e l'utilizzo di ormaweb anche per la chirurgia ambulatoriale														
P35O05	Rimodellare l'attività di chirurgia ginecologica in una programmazione comune che assegni determinate funzioni ed alcuni nodi della rete (ad es. Piombino e Barga solo dav surgerv...)	i-P35O05 stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
P35O06	Sviluppare pool di 5-6 professionisti con competenze di chirurgia robotica, le indicazioni per questa metodica sono ancora limitate (essenzialmente tumori maligni principale dell'utero per le persone obese)	i-P35O06 individuazione pool	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La valutazione si è basata sulla dichiarazione dell'esistenza del pool														

4 - Ob Az: OSTETRICIA

P34O02	Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica	i-P34O02 N. Audit specifici effettuati	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dal documento inviato emerge che gli audit non sono stati effettuati perche ritenuto più opportuno svolgerli a fine 2017, una volta ultimata la fase di formazione a cascata														
		i-P34O02a Aumento rilevazioni rispetto anno precedente (Rilevazione Flusso CAP - ad oggi non disponibile, campo presente solo su SDO) - verifica al 30/06	> %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG: Dati da SDO le rilevazioni relativa alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata														
P34O03	Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo	i-P34O03 Elaborazione procedura specifica entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.														
P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle ProfessioniStesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.														
P34O05	Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA	i-P34O05 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nella sintesi si cita il PDTA delle induzioni e partogramma. Non inviato materiale														

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA

P34001	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34001 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

4 - Ob Az: PS										1,5					0,8
P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See& Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triale unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04	>	%	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	0,8	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															

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,8	12	70,00	0	0%	100%	1,8	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità" (Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).													
ex asl 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	1,8	12	100,00	0	0%	100%	1,8	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)													
aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)													
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.													
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	API20d	> %.	0,00	50,00	1,8	12	50,00	0	0%	100%	1,8	M
Incremento della Strumentazione del taglio cesareo da parte dell'ostetrica													
concordato con il resp DIP INF													
valutaz. 2017-11-05													
		API20da	> N.	0,00	100,00	1,8	12	100,00	0	0%	100%	1,8	M
Incremento della Strumentazione del taglio cesareo da parte dell'ostetrica neo assunta (partecipazione allo specifico corso di formazione e compilazione della relativa documentazione)													
concordato con il resp DIP INF													
valutaz. 2017-11-05													
		Q02	> N.		3,00	4,4	12	0,00	-3	-100%	30%	1,3	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)													
verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12													
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)													
		Q02a	> N.	0,00	90,00	1,8	12	81,54	-8	-9%	91%	1,6	M
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)													
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													

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)							cts
		Q04	> %	60,00	0,9	12	60,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)							cts

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HC05	U.O.C. OSTETRICIA E	Totale pesi		100,0	72,9
OEG	GINECOLOGIA CECINA (106)				

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

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

UO/UF

106_HE05OE
G**U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA ELBA/PIOMBINO (106)**

AMBROGIO DENARDO F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS										35,0						29,3
1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI										9,9						9,8
B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,5	12	2,41	-2	-40%	80%	2	0,4			
sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.																
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS																
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	2,6	12	101,90	7	7%	100%	5	2,6	cio	
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba																
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	86,83	7	9%	100%	3	0,5	M	
consuntivo 2015 fonte MES																
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,2	12	99,38	1	1%	100%	5	5,2	cio	
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4	0,5	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	96,33	6	7%	100%		0,5	cio	
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106																
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3		cio	
completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%																
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.																
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA										22,5						16,8
C	Valutazione sanitaria	C7.5	Fughe per parto	< %.	17,99	10,00	2,6	12	17,78	8	78%	3%		0,1	M	
Dato 2015 - Ausl NO																
		C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in etal' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0,5	12	6,78	-1	-15%	100%	0	0,5	M	
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 MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	2,1	12	10,20	0	-3%	100%	2,1	M
		Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno									
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,5	12	139,17	19	16%	20%	2	0,1
		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba									
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,5	12	0,00	0	-100%	100%	5	0,5
		fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Civile Elbano Portoferraio (LI) - Ostetricia E Ginecologia											
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,5	12	56,00	-20	-27%	0%	0	0,0
		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba/Piombino									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,37	0,10	1,6	12	-0,70	-1	-803%	100%	3	1,6
		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \											
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,33	-0,33	2,6	12	-0,11	0	-67%	75%	3	2,0
		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	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	100,00	94,08	0,5	12	100,00	6	6%	100%	4	0,5
		Gen-Ago 2015 fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA											
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	87,59	84,02	0,0	12					5	
		consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,0	12	5,00	2	67%	100%	4	1,0
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA ELBA/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	1,0	12	7,00	1	17%	100%	5	1,0
		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA ELBA/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	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									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,5	
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016														
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale														
> N.														
99,20														
75,00														
0,5														
12														
99,20														
24														
32%														
100%														
5*														
0,5														
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016														
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti														
< %														
2,42														
3,00														
0,5														
12														
2,66														
0														
-11%														
100%														
3*														
0,5														
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016														
dato 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														
0,5														
12														
100,00														
0														
0%														
100%														
4*														
0,5														
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)														
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	185,29	159,80	0,0	12					4*		
Gen-Ago 2015														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba														
C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)														
< %.														
10,00														
16,00														
0,5														
12														
14,46														
-2														
-10%														
100%														
4*														
0,5														
DATO 2015 - Osp. Elba Dato 2016 - Osp. Elba														
C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum														
> %.														
56,55														
63,33														
0,5														
12														
39,00														
-24														
-38%														
20%														
2*														
0,1														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba														
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)														
< %														
10,17														
4,04														
0,5														
12														
8,51														
4														
111%														
47%														
2*														
0,2														
consuntivo da verificare														
DATO 2015 - Osp. Elba Dato 2016 - Osp. Elba														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,2	12	2,55	0	-15%	85%	*	4,4	
come da DGRT														
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica														
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA														
2,6														
2,6														
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere														
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,6

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

4,6

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	90.001,25	89.101,24	12,0	12	101.626,02	12.525	14%	30%	3	*	3,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
				tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA				verifica del 2017-09-08 cdg H -							

Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	1,73	-98	-98%	2%	1	*	0,0	cio
% di dimessi da ricovero con erogazione in DD												
								dato calcolato a livello di Presidio Osp. Elba				
				al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %								

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,0	cio
% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD												
								dato calcolato a livello di Ausl NO				
				almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

25,4

3 - Obiettivi REGIONALI

12,2

10,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	3,8	12	72,73	-17	-19%	81%	*	3,1	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)											
				da aggiornare pre-consuntivo				% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA ELBA/PIOMBINO (106)					
		RT14	> si/no	1,00	1,5	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,3	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)											
								tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)					
		RT3	> si/no	1,00	1,00	1,5	1,00	0	0%	100%	*	1,5	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)											
				sospeso in attesa di definizione regionale				valutaz. 2017-11-05					

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no		1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%		3,8	
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7);secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio <i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														
4 - Ob Az: GINECOLOGIA						13,7								6,8
P35O01	Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team	i-P35O01	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	M
Formalizzare l'istituzione del GOM Ginecologico entro giugno <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Risultano formalizzati 2 gom: ex asl 2 Lucca e ex asl 5 Pisa</i>														
		i-P35O01a	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
riunioni effettuate / numero casi trattati <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non ci sono riscontri su questo obiettivo. Si propone non valutabile</i>														
		i-P35O01b	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
numero donne operate / numero interventi con GOM (nel secondo semestre 2016) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato non è rilevabile</i>														
P35O02	Estendere e condividere le buone pratiche in termini di appropriatezza (es. interventi al prolasso USL12)	i-P35O02	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Definire un percorso condiviso per le pazienti con problema del pavimento pelvico (sia diagnostico che per il trattamento terapeutico) individuando le sedi di diagnosi e di terapia entro il ... <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>														
		i-P35O02a	< %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	0%	*	0,0	
pazienti rioperate per complicanze da chirurgia protesica o recidiva di prolasso / pazienti operate per intervento al prolasso (considerare più anni possibile) (valore atteso < 5%) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In tutte le ex Asl valori dei ricoveri ripetuti per prolasso sono al di sotto del 5%</i>														
		i-P35O02b	< %	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	100%	*	1,5	
quantità di pessari sui casi di prolasso (valore atteso: almeno il 50%) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati CdG 2015/2016 quantità di pessari/interventi di prolasso: ATNO da 33,9 a 43,1; ex Asl11 da 1,5 a 3,8; ex Asl 2 da 6,12 a 9,80; da 123% a 85%; ex Asl 6 da 107% a 155%. Qualità di registrazione del dato eterogenea. Ex Asl 12 non registra</i>														
P35O03	Definire un piano formativo e di affiancamento a livello di area vasta per sviluppare in tutti i professionisti competenze ed approccio per la LAPAROSCOPIA	i-P35O03	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
predisposizione di un piano-calendario di formazione presso la Usl 12 o attraverso affiancamento della stessa <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza</i>														
		i-P35O03a	> %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
% attività laparoscopica (da incrementare del 10%) <i>valutaz. 2017-11-05</i>														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P35O04	Standardizzare a livello di area vasta il setting assistenziale dedicato alle isteroscopie diagnostiche	i-P35O04 individuazione del luogo diverso dalla sala operatoria, standardizzazione delle modalità di esecuzione (non indicato l'apparecchiatura di campo sterile alla donna) e il livello di sterilità e antisepsi - entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza
		i-P35O04a isteroscopie diagnostiche presenti nel flusso SPA e non più su Ormaweb (valore atteso: 100%)	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'obiettivo non è valutabile in quanto non coerente con la strategia aziendale, che prevede l'estensione e l'utilizzo di ormaweb anche per la chirurgia ambulatoriale
P35O05	Rimodellare l'attività di chirurgia ginecologica in una programmazione comune che assegni determinate funzioni ed alcuni nodi della rete (ad es. Piombino e Barga solo dav surgerv...)	i-P35O05 stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza
P35O06	Sviluppare pool di 5-6 professionisti con competenze di chirurgia robotica, le indicazioni per questa metodica sono ancora limitate (essenzialmente tumori maligni principale dell'utero per le persone obese)	i-P35O06 individuazione pool	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La valutazione si è basata sulla dichiarazione dell'esistenza del pool

4 - Ob Az: OSTETRICIA

						6,1							6,1	
P34O02	Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica	i-P34O02 N. Audit specifici effettuati	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*		cio
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dal documento inviato emerge che gli audit non sono stati effettuati perché ritenuto più opportuno svolgerli a fine 2017, una volta ultimata la fase di formazione a cascata
		i-P34O02a Aumento rilevazioni rispetto anno precedente (Rilevazione Flusso CAP - ad oggi non disponibile, campo presente solo su SDO) - verifica al 30/06	> %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG: Dati da SDO le rilevazioni relative alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata
P34O03	Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo	i-P34O03 Elaborazione procedura specifica entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.
P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle Professioni Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.
P34O05	Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA	i-P34O05 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nella sintesi si cita il PDTA delle induzioni e partogramma. Non inviato materiale

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA

						1,5							1,5	
P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

4 - Ob Az: PS													1,5	0,8
P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See& Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triale unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	0,8	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														

5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							11,7	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							11,7	

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	API20d	> %.	0,00	50,00	1,8	12	50,00	0	0%	100%	1,8	M	
Incremento della Strumentazione del taglio cesareo da parte dell'ostetrica														
concordato con il resp DIP INF														
valutaz. 2017-11-05														
API20da														
> N. 0,00 100,00 1,8 12 100,00 0 0% 100% 1,8 M														
Incremento della Strumentazione del taglio cesareo da parte dell'ostetrica neo assunta (partecipazione allo specifico corso di formazione e compilazione della relativa documentazione)														
concordato con il resp DIP INF														
valutaz. 2017-11-05														
Q02														
> N. 3,00 4,4 12 0,00 -3 -100% 30% 3 1,3														
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)														
verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)														
Q02a														
> N. 0,00 90,00 1,8 12 81,54 -8 -9% 91% 1,6 M														
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)														
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														

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)							cts
		Q04	> %	60,00	0,9	12	60,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)							cts

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

106_HE05
OEG

**U.O.C. OSTETRICIA E
GINECOLOGIA
ELBA/PIOMBINO (106)**

Totale pesi

100,0

71,1

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

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

UO/UF

106_HL05OE

U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA LIVORNO (106)

ANGELA CITERNESI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,9

9,8

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	102,73	95,39	2,6	12	101,48	6	6%	100%	5 *	2,6	
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	2,6	12	101,48	6	6%	100%	5 *	2,6	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese															
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,5	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,5	M
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,2	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	96,33	6	7%	100%	*	0,5	
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106															
		B8.4.14b	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3 *		
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.															
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

22,5

17,6

C	Valutazione sanitaria	C7.5	Fughe per parto	< %.	17,99	15,00	2,6	12	21,77	7	45%	0%	*	0,0
Dato 2015 - Ausl NO														
		C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0,5	12	5,33	-3	-33%	100%	2 *	0,5
Gen-Ago 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	<	N.	10,47	10,47	2,1	12	10,20	0	-3%	100%	*	2,1	M
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno									
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	<	N.	133,64	120,00	0,5	12	123,41	3	3%	100%	5*	0,5	M
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	<	%	3,06	0,00	0,5	12	3,30	3	33008 9%	50%	vr	0*	0,3
						fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Ostetricia E Ginecologia									
						valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)									
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	>	%.	88,57	76,45	0,5	12	79,41	3	4%	100%	3*	0,5	
			Gen-Ago 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	<	N.	0,28	0,10	1,6	12	0,21	0	113%	75%	vr	2*	1,2
						DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									
						dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo									
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	<	N.	0,09	0,40	2,6	12	0,02	0	-94%	100%	1*	2,6	M
						fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA									
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	>	%.	93,60	94,08	0,5	12	99,27	5	6%	100%	4*	0,5	M
			Gen-Ago 2015			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG. TIVA									
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	>	%.	77,30	84,02	0,0	12					4*		
			consuntivo da verificare			DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	1,51	3,00	1,0	12	3,00	0	0%	100%	4*	1,0	M
						dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA 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	1,0	12	13,00	7	117%	100%	5*	1,0	M
						dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA LIVORNO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO									
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	>	N.	79,20	85,00	0,0	12					*		
			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	>	N.	68,29	85,00	0,0	12					*		
			consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016			Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,5	cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,5	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,5	cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,5	cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,5	M cio
					Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
							gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)							
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	185,29	159,80	0,0	12					4 *		
					Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							
		C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	16,15	15,00	0,5	12	20,84	6	39%	30%	3 *	0,2	cio
					Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \							
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	56,55	63,33	0,5	12	78,01	15	23%	100%	4 *	0,5	M cio
					consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese							
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< %	7,32	4,04	0,5	12	8,74	5	117%	20%	2 *	0,1	
					consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \							
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,2	12	2,55	0	-15%	85%		4,4	
					come da DGRT		il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,6

2,6

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Pagina 67 di 145

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no		1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%	*	3,8	cio
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7): secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio <i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M cio cts
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														
4 - Ob Az: GINECOLOGIA						13,7								
P35O01	Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team	i-P35O01	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	M
Formalizzare l'istituzione del GOM Ginecologico entro giugno <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Risultano formalizzati 2 gom: ex asl 2 Lucca e ex asl 5 Pisa</i>														
		i-P35O01a	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
riunioni effettuate / numero casi trattati <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non ci sono riscontri su questo obiettivo. Si propone non valutabile</i>														
		i-P35O01b	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
numero donne operate / numero interventi con GOM (nel secondo semestre 2016) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato non è rilevabile</i>														
P35O02	Estendere e condividere le buone pratiche in termini di appropriatezza (es. interventi al prolasso USL12)	i-P35O02	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
Definire un percorso condiviso per le pazienti con problema del pavimento pelvico (sia diagnostico che per il trattamento terapeutico) individuando le sedi di diagnosi e di terapia entro il ... <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>														
		i-P35O02a	< %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	0%	*	0,0	
pazienti rioperate per complicanze da chirurgia protesica o recidiva di prolasso / pazienti operate per intervento al prolasso (considerare più anni possibile) (valore atteso < 5%) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In tutte le ex Asl valori dei ricoveri ripetuti per prolasso sono al di sotto del 5%</i>														
		i-P35O02b	< %	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	100%	*	1,5	
quantità di pessari sui casi di prolasso (valore atteso: almeno il 50%) <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati CdG 2015/2016 quantità di pessari/interventi di prolasso: ATNO da 33,9 a 43,1; ex Asl1 da 1,5 a 3,8; ex Asl 2 da 6,12 a 9,80; da 123% a 85%; ex Asl 6 da 107% a 155%. Qualità di registrazione del dato eterogenea. Ex Asl 12 non registra</i>														
P35O03	Definire un piano formativo e di affiancamento a livello di area vasta per sviluppare in tutti i professionisti competenze ed approccio per la LAPAROSCOPIA	i-P35O03	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
predisposizione di un piano-calendario di formazione presso la Usl 12 o attraverso affiancamento della stessa <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza</i>														
		i-P35O03a	> %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
% attività laparoscopica (da incrementare del 10%) <i>valutaz. 2017-11-05</i>														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P35O04	Standardizzare a livello di area vasta il setting assistenziale dedicato alle isteroscopie diagnostiche	i-P35O04 individuazione del luogo diverso dalla sala operatoria, standardizzazione delle modalità di esecuzione (non indicato l'apparecchiatura di campo sterile alla donna) e il livello di sterilità e antisepsi - entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza
		i-P35O04a isteroscopie diagnostiche presenti nel flusso SPA e non più su Ormaweb (valore atteso: 100%)	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'obiettivo non è valutabile in quanto non coerente con la strategia aziendale, che prevede l'estensione e l'utilizzo di ormaweb anche per la chirurgia ambulatoriale
P35O05	Rimodellare l'attività di chirurgia ginecologica in una programmazione comune che assegni determinate funzioni ed alcuni nodi della rete (ad es. Piombino e Barga solo dav surgerv...)	i-P35O05 stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza
P35O06	Sviluppare pool di 5-6 professionisti con competenze di chirurgia robotica, le indicazioni per questa metodica sono ancora limitate (essenzialmente tumori maligni principale dell'utero per le persone obese)	i-P35O06 individuazione pool	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La valutazione si è basata sulla dichiarazione dell'esistenza del pool
4 - Ob Az: OSTETRICIA						6,1							6,1	
P34O02	Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica	i-P34O02 N. Audit specifici effettuati	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*		cio
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dal documento inviato emerge che gli audit non sono stati effettuati perché ritenuto più opportuno svolgerli a fine 2017, una volta ultimata la fase di formazione a cascata
		i-P34O02a Aumento rilevazioni rispetto anno precedente (Rilevazione Flusso CAP - ad oggi non disponibile, campo presente solo su SDO) - verifica al 30/06	> %	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG: Dati da SDO le rilevazioni relative alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata
P34O03	Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo	i-P34O03 Elaborazione procedura specifica entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.
P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle Professioni Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.
P34O05	Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA	i-P34O05 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nella sintesi si cita il PDTA delle induzioni e partogramma. Non inviato materiale
4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA						1,5							1,5	
P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1,5	M
														Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

4 - Ob Az: PS										1,5						0,8		
P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triale unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,5	12	0,50	-1	-50%	50%	0,8	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																		

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,8	12	70,00	0	0%	100%	1,8	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità" (Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 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	1,8	12	100,00	0	0%	100%	1,8	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.							
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	API20d	> %.	0,00	60,00	1,8	12	60,00	0	0%	100%	1,8	M
		Incremento della Strumentazione del taglio cesareo da parte dell'ostetrica			concordato con il resp DIP INF	valutaz. 2017-11-05							
		API20da	> N.	0,00	100,00	1,8	12	100,00	0	0%	100%	1,8	M
		Incremento della Strumentazione del taglio cesareo da parte dell'ostetrica neo assunta (partecipazione allo specifico corso di formazione e compilazione della relativa documentazione)			concordato con il resp DIP INF	valutaz. 2017-11-05							
		Q02	> N.		3,00	4,4	12	0,00	-3	-100%	30%	1,3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)							
		Q02a	> N.	0,00	90,00	1,8	12	81,54	-8	-9%	91%	1,6	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)				monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)							cts
		Q04	> %	60,00	0,9	12	60,00	0	0%	100%	*	0,9	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)							cts

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pes p1 P2	
--------------	--

Valutazione p1 P2	
----------------------	--

106_HL05
OEG

**U.O.C. OSTETRICA E
GINECOLOGIA LIVORNO (106)**

Totale pesi 100,0

81,6

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

112_49L5 **OSTETRICIA E GINECOLOGIA (112)**

GIAMPAOLO CIMA

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****29,3****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****4,7****4,1**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	102,73	95,39	0,6	12	2,41	-2	-40%	80%	2 *	0,5	
			sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.			assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS								
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	1,2	12	96,17	1	1%	100%	4 *	1,2	cio cts
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia								
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2	cio cts
			consuntivo 2015 fonte MES			fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112								
			si richiede la valutazione specifica dell'unità operativa											
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6	cio cts
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M
						dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	99,53	10	11%	100%		0,6	cio cts
						fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112								
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,6	12	104,50	25	31%	100%	3 *	0,6	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**29,2****23,9**

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	7,70	7,70	0.6	12	6,89	-1	-11%	100%		0.6	M
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)			fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 12 di Viareggio								
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	127,93	120,00	1.2	12	121,51	2	1%	100%	5 *	1.2	M
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,55	-0,55	1,2	12	-0,61	0	11%	100%	3 *	1,2	M	cio
Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici															cts
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \															
		C2a.M	< N.	-0,08	-0,19	1,2	12	0,14	0	-175%	75%	vr 2 *	0,9	cio	
Indice di performance degenza media - DRG Medici															cts
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \															
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo															
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	98,63	87,44	2,3	12	100,00	13	14%	100%	3 *	2,3	M	cio
Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)															cts
Gen-Ago 2015															
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA															
		C4.7	> %.	64,13	72,34	0,0	12					3 *		cio	
Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)															cts
consuntivo da verificare															
DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \															
si richiede la valutazione specifica dell'unità operativa															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,9	12	4,00	1	33%	100%	4 *	2,9	M	cio
Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)															cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo OSTETRICIA E GINECOLOGIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,3	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,3	M	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 OSTETRICIA E GINECOLOGIA (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															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	1,2	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,2	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															
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	1,2	12	99,20	24	32%	100%	5 *	1,2	cio	
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale															cts
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016															
\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															
		C6.6	< %	2,42	3,00	1,2	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,2	cio	
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti															cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016															
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 MATERNO INFANTILE

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	1,2	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,2	M	cio
			Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										cts
			gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)												
C7	Materno Infantile	C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	16,05	15,27	3,5	12	17,83	3	17%	30%	3 *	1,0		cio
			Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \										
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	56,55	63,33	1,2	12	76,60	13	21%	100%	4 *	1,2	M	cio
			consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia										
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< %	16,55	10,00	2,3	12	14,48	4	45%	32%	0 *	0,7	M	
			consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \										
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,8	12	2,55	0	-15%	85%		4,9		
			come da DGRT		il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica										

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *			cio
			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	1,2	12	796,00	-3	0%	100%		1,2	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	< €.	242.252,00	239.829,48	12,0	12	297.295,10	57.466	24%	30%	3 *	3,6		cio
			importi DA VERIFICARE: tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA		verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	88,04	-12	-12%	100%	3 *	1,5		cio
			al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		dato calcolato a livello di Presidio Osp. Versilia										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	1,2	12	28,57	-61	-68%	50%	vr *	0,6	
			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di OSTETRICIA E GINECOLOGIA (112) valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)										
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
			tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)										
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no	1,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
			sospeso in attesa di definizione regionale valutaz. 2017-11-05										
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
			cronoprogramma 2016 rispettato (mail DG 2017-09-18)										
		RT9 Rispetto delle soglie previste a livello di Unità Operativa dal Decreto Ministeriale N. 70/2015	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6	M
			valutaz. 2017-11-05										
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M cts
			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										

4 - Ob Az: GINECOLOGIA

P35O01	<u>Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team</u>	i-P35O01	> si/no	0,00	1,00	1.2	12	0.50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0.6	M
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Risultano formalizzati 2 gom: ex asl 2 Lucca e ex asl 5 Pisa												
		i-P35O01a	> %	0,00	1,00	0.0	12					<input type="checkbox"/>		
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non ci sono riscontri su questo obiettivo. Si propone non valutabile												

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P35001	<u>Sviluppare ed estendere modello GOM alle patologie oncologiche ginecologiche, formalizzando le relazioni tra oncologi, ginecologi e altri professionisti del team</u>	i-P35001b numero donne operate / numero interventi con GOM (nel secondo semestre 2016)	> %	0,00	1,00	0,0	12						*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il dato non è rilevabile														
P35002	<u>Estendere e condividere le buone pratiche in termini di appropriatezza (es. interventi al prolasso USL12)</u>	i-P35002 Definire un percorso condiviso per le pazienti con problema del pavimento pelvico (sia diagnostico che per il trattamento terapeutico) individuando le sedi di diagnosi e di terapia entro il ...	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4 M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
		i-P35002a pazienti riperate per complicanze da chirurgia protesica o recidiva di prolasso / pazienti operate per intervento al prolasso (considerare più anni possibile) (valore atteso < 5%)	< %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	0%		*	0,0
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In tutte le ex Asl valori dei ricoveri ripetuti per prolasso sono al di sotto del 5%														
		i-P35002b quantità di pessari sui casi di prolasso (valore atteso: almeno il 50%)	< %	0,00	1,00	2,4	12	0,50	-1	-50%	100%		*	2,4
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati CdG 2015/2016 quantità di pessari/interventi di prolasso: ATNO da 33,9 a 43,1; ex Asl1 da 1,5 a 3,8; ex Asl 2 da 6,12 a 9,80; da 123% a 85%; ex Asl 6 da 107% a 155%. Qualità di registrazione del dato eterogenea. Ex Asl 12 non registra														
P35003	<u>Definire un piano formativo e di affiancamento a livello di area vasta per sviluppare in tutti i professionisti competenze ed approccio per la LAPAROSCOPIA</u>	i-P35003 predisposizione di un piano-calendario di formazione presso la Usl 12 o attraverso affiancamento della stessa	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
		i-P35003a % attività laparoscopica (da incrementare del 10%)	> %	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4 M
valutaz. 2017-11-05														
P35004	<u>Standardizzare a livello di area vasta il setting assistenziale dedicato alle isteroscopie diagnostiche</u>	i-P35004 individuazione del luogo diverso dalla sala operatoria, standardizzazione delle modalità di esecuzione (non indicato l'apparecchiatura di campo sterile alla donna) e il livello di sterilità e antisepsi - entro giugno	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
		i-P35004a isteroscopie diagnostiche presenti nel flusso SPA e non più su Ormaweb (valore atteso: 100%)	> %	0,00	1,00	0,0	12						*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'obiettivo non è valutabile in quanto non coerente con la strategia aziendale, che prevede l'estensione e l'utilizzo di ormaweb anche per la chirurgia ambulatoriale														
P35005	<u>Rimodellare l'attività di chirurgia ginecologica in una programmazione comune che assegni determinate funzioni ed alcuni nodi della rete (ad es. Piombino e Barga solo dav surgerv...)</u>	i-P35005 stesura di un piano di programmazione condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	0,00	-1	-100%	0%		*	0,0
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
P35006	<u>Sviluppare pool di 5-6 professionisti con competenze di chirurgia robotica, le indicazioni per questa metodica sono ancora limitate (essenzialmente tumori maligni principale dell'utero per le persone obese)</u>	i-P35006 individuazione pool	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2 M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / La valutazione si è basata sulla dichiarazione dell'esistenza del pool														

4 - Ob Az: OSTETRICIA

4,8

4,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P34O02	Migliorare rilevazione e monitoraggio sulle lacerazioni di III e IV grado e svolgere audit di verifica	i-P34O02 N. Audit specifici effettuati	> N.	0,00	1,00	0,0	12						*		cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dal documento inviato emerge che gli audit non sono stati effettuati perche ritenuto più opportuno svolgerli a fine 2017, una volta ultimata la fase di formazione a cascata															
		i-P34O02a Aumento rilevazioni rispetto anno precedente (Rilevazione Flusso CAP - ad oggi non disponibile, campo presente solo su SDO) - verifica al 30/06	> %	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	M cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati da CdG: Dati da SDO le rilevazioni relativa alle lacerazioni di III e IV grado sono aumentate da 22 a 34 per ATNO. formazione effettuata															
P34O03	Definire e condividere le procedure che regolano il parto operativo	i-P34O03 Elaborazione procedura specifica entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	M cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dalla sintesi emerge la produzione di un poster con 10 passi da eseguire prima della scelta e una scheda di rilevazione. In attesa dell'invio del materiale.															
P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle Professioni Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	M cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.															
P34O05	Impostare strumenti di lavoro comuni e standardizzati su documentazione clinica, consenso informato e condivisione dei principali PDTA	i-P34O05 Elaborare procedure standardizzate entro 30/09	> N.	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	M cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nella sintesi si cita il PDTA delle induzioni e partogramma. Non inviato materiale															

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA

P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2	M cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

4 - Ob Az: PS

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See& Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track... triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	1,2	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,6	M cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari															

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	4,0	12	100,00	0	0%	100%	*	4,0	cio cts
		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità) RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.												
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	4,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	4,0	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 - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017) - integrazione mail SP del 2017-09-27												
		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	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	1,8	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	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,0	cio cts
		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)												
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	1,0	12	60,00	0	0%	100%	*	1,0	cio cts
		60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
112_49L5	OSTETRICA E GINECOLOGIA (112)	Totale pesi		100,0	74,9

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_92 **CENTRO PROCREAZIONE ASSISTITA (112)**

CRISTIANA PARRI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****28,8****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****18,1****18,1**

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	3,6	12	67,28	-13	-16%	100%	vr	3	3,6	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 112							cts
<i>- Non considerato raggiunto a strutture di ricovero ex 112; a dipartimenti lasciato fascia mes</i>															
		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	0,0	12	97,36	2	2%	100%		4	0,0	M
		Qualità del flusso informativo SDO						dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
		B8.4.13	> N.		90,00	2,4	12	99,53	10	11%	100%			2,4	cio
		Qualità del flusso informativo SPA						fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112							cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	6,0	12	104,50	25	31%	100%		3	6,0	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.							cio
<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**15,7****9,5**

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	4,8	12	0,00	-3	-100%	40%		4	1,9	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 CENTRO PROCREAZIONE ASSISTITA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO							cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	4,8	12	0,00	-6	-100%	50%		5	2,4	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)						dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo CENTRO PROCREAZIONE ASSISTITA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO							cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							cts
		C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016				Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.	3,00	6.0	12	2.55	0	-15%	85%	*	5.1
		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	1,2	1,2
---	-----	-----

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

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	9,8
-------------------------	------	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	9,8
-------------------------	------	-----

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	314.840,00	311.691,60	5,0	12	317.700,54	6.009	2%	30%	3	*	1,5			
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA		verifica del 2017-09-08 cdg H -												
		Euro01a-F12a.25.1	> %.		100,00	5,0	12	88,04	-12	-12%	100%	3	*	5,0			
		% di dimessi da ricovero con erogazione in DD	al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		dato calcolato a livello di Presidio Osp. Versilia												
		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	5,0	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	3,3			
		% 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	35,0
--	------	------

3 - Obiettivi REGIONALI	20,0	20,0
-------------------------	------	------

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	10,0	12	100,00	10	11%	100%	*	10,0
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di CENTRO PROCREAZIONE ASSISTITA (112)							

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	10,0	12	1,00	0	0%	100%	*	10,0	M	cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del															
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															
cts															

4 - Ob Az: CPMA						15,0									15,0
-----------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	------

CPMA	Mantenimento della qualità dei servizi erogati (PMA)	i-CPMA	> si/no	0,00	1,00	10,0	12	1,00	0	0%	100%	*	10,0	M
Esito dei cicli di PMA > alla media nazionale anno 2016 (risultante dal report prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità sui Centri di Procreazione Medicalmente Assistita)- Qualità percepita: somministrazione questionario														
valutaz. 2017-11-05														

CPMAa	Mantenimento della quantità dei servizi erogati (PMA)	i-CPMAa	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
Fivet 2016 >= fivet 2015														
valutaz. 2017-11-05														

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

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	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.									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)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)									cts

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

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	2,0	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)				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	2,0	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)				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 MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_92

**CENTRO PROCREAZIONE
ASSISTITA (112)**

Totale pesì **100,0**

88,4

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

D05A

AREA PEDIATRIA

Responsabile: Fabrizio Gadducci

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FMI039 **PEDIATRIA (101)****1 - Obiettivi MeS****23,0****21,2****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****2,3****2,3**

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	87,69	8	10%	100%	3 *	0,6	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 -												cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,6		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	0,985 -												cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	0,95 -												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,6	12	98,40	8	9%	100%		0,6		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 -												cts

Si chiede che venga attribuito il dato effettivo e non quello aziendale. Le strutture hanno migliorato il risultato e non sembra giusto che venga assegnato in peso uguale a zero.. Se il dato non è disponibile, si chiede che il peso venga ridistribuito tra quelli raggiunti.

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**17,2****16,7**

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	7,62	1,1	12	5,59	-2	-27%	100%	2 *	1,1	M	
		Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	7,61787228186072 -												
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	139,69	120,00	1,1	12	125,27	5	4%	100%	5 *	1,1	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	120 -												
C14	Appropriatezza medica	C4.9	> %.	88,57	75,29	1,1	12	75,36	0	0%	100%	2 *	1,1		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	0,752901492537313 -												
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.		0,22	1,1	12	0,20	0	-9%	100%	2 *	1,1		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici	0,217124289195776 -												cts
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	3,4	12	3,00	0	0%	100%	4 *	3,4	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	da definire -												cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

Valutazione

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA										1,2	1,1					
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,95	0,0	12					0 *			
															obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	
		E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		1,1	M	
															Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	
															i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO	
1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA										2,3	1,1					

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.25.1	> %.	100,00	1,1	12	58,39	-42	-42%	58%	*	0,7
		Percentuale dimessi da ricovero con erogazione in DD	-									
dato calcolato a livello di Presidio Ospedale delle Apuane												

F12a.25.2	> %.	85,00	1,1	12	31,31	-54	-63%	37%	*	0,4
% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %									
dato calcolato a livello di Ausl NO										

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0

10,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0

10,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	143.242,23	141.809,81	10,0	12	118.419,85	-23.390	-16%	100%	3	10,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
		tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015(salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico): non comprende la distribuzione diretta -	verifica del 2017-09-08 cdg H -												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

52,0

48,6

3 - Obiettivi REGIONALI

2,5

2,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	1,2	12	72,22	-18	-20%	80%	<input type="checkbox"/>	1,0	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	-										% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di PEDIATRIA (101)
<hr/>													
		RT7	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio											
			secondo cronoprogramma FTGM -										
													cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)

4 - Ob Az:

3,4

3,4

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

IR anticor r	Anticorruzione	IR020	Anticorruzione: rispetto normativa anticorruzione (allegato 1)	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,3	M
VERIFICHE IN CORSO DA PARTE DEL RESP. ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA															
IR-PE	IR-PEDIATRIA	IR152	PEDIATRIA: Omogeneizzazione dello standard del "neonato patologico" (collegato a criticità C7.7)	> si/no	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	M
valutaz. 2017-11-05															
		IR153	PEDIATRIA: Ormone somatotropo: aggiungere indicatore MeS (appena disponibili indicatori farmaceutica)	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>		
- obiettivo da inserire appena disponibile delibera GRT Farmaceutica															
Il dato non è disponibile. Si chiede pertanto che il peso venga ridistribuito.															
4 - Ob Az: OSTETRICIA							6,2	6,2							
P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle Professioni Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04	Implementazione del Piano entro il 31/12	> N.	0,00	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	6,2	M
Applicazione del piano di affiancamento e formazione 31/12/2016 - modificato indicatore dal dott. Memmini il 02/05/2016															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.															
4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA							6,2	6,2							
P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01	Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	6,2	M
definizione protocollo condiviso entro il 30/06/2016 -															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
4 - Ob Az: PEDIATRIA							33,6	30,5							
P33O01	Standardizzare a livello di area vasta le modalità operative per il trasferimento del neonato tra primo e secondo livello e descriverle in una procedura che metta in sicurezza il percorso anche dal punto di vista medico legale (es	i-P33O01	Definizione di una procedura di AV	> si/no	0,00	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	6,2	M
Definizione di una procedura di AV -															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura protocollo AV "Trasporto perinatale"															
P33O02	Rendere omogeneo a livello di area vasta l'utilizzo della breve osservazione pediatrica, che deve comunque restare nel limite delle 48 ore	i-P33O02	% osservazioni brevi oltre 48h	> %	0,00	1,00	0,0	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
% osservazioni brevi oltre 48h -															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile da controllo di gestione. Si valuta sulla dichiarazione inferiore al 5%															
		i-P33O02a	Coefficiente di variazione della % osservazioni brevi su tot casi (osservazioni+ricoveri)	> N.	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>		
Coefficiente di variazione della % osservazioni brevi su tot casi (osservazioni+ricoveri) -															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile															
P33O03	Condividere e rendere omogeneo a livello di area vasta il limite di età del paziente considerato "pediatrico" in ambito di ricovero	i-P33O03	Predisposizione di un documento di appropriata assegnazione e modalità di presa in carico in base a patologia	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,7	M
Predisposizione di un documento di appropriata assegnazione e modalità di presa in carico in base a patologia -															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura di "ISTRUZIONE OPERATIVA": Definizione di età evolutiva ai fini assistenziali															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P33O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P33O04	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	M	
			Definizione ed adozione di un protocollo di passaggio del paziente diabetico da minore ad adulti		Definizione ed adozione di un protocollo di passaggio del paziente diabetico da minore ad adulti -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura Procedura operativa: "La Transizione dal Centro Diabetologico Pediatrico al Centro diabetologico dell'Adulto"								
			i-P33O04a	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
			Condivisione di almeno 2 PDTA a livello aziendale		Condivisione di almeno 2 PDTA a livello aziendale -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1- Procedura prevenzione streptococco;2- Procedura trattamento ipoglicemia								
			i-P33O04b	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
			Standardizzazione moduli rilevazione consenso informato		Standardizzazione moduli rilevazione consenso informato -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Redazione 6 moduli di consenso								
P33O05	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia	i-P33O05	> si/no	0,00	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%		6,2	M	
			Definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri		Definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Definito PDTA								
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-P33O06	> si/no	0,00	1,00	6,2	12	0,50	-1	-50%	50%		3,1	M	
			Definizione di una documento di individuazione dei poli della rete e delle procedure di presa in carico entro il 30/06		Definizione di una documento di individuazione dei poli della rete e delle procedure di presa in carico -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviato PAV e riferimento a indirizzi PAV, non contestualizzato in ATNO								

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,7

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a	> %.	100,00	100,00	0,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0			
			GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		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	5,0	12	0,00	-3	-100%	100%	vr	3	*	5,0	
			COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali di tre incontri -		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)									
		Q02a	> N.	0,00	90,00	3,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	3,0		M	
			CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		N impegni rispettati / impegni da rispettare -		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO									
		Q03	> %		100,00	3,3	12	100,00	0	0%	100%	*	3,3			
			COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) -		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

101_1FMI
039

PEDIATRIA (101)

Totale pesi

100,0

94,5

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

102_423105 SC PEDIATRIA (102)

RAFFAELE DOMENICI

MONICA NAVARDINI

1 - Obiettivi MeS

37,0

32,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

11,4

11,4

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,9	12	95,55	16	19%	100%	3 *	0,9	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES											cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	8,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	8,8		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		/ 98,5											cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,9	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,9	M	
		Qualità del flusso informativo SDO		/ 95											
		B8.4.13	> N.		90,00	0,9	12	99,99	10	11%	100%		0,9		cio
		Qualità del flusso informativo SPA		/ 90											cts

Si chiede che venga attribuito il dato effettivo e non quello aziendale. Le strutture hanno migliorato il risultato e non sembra giusto che venga assegnato in peso uguale a zero.. Se il dato non è disponibile, si chiede che il peso venga ridistribuito tra quelli raggiunti.

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,2

16,7

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	7,19	0,9	12	5,15	-2	-28%	100%	3 *	0,9	M	
		Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		/ 7,1870734447											
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	0,9	12	126,60	7	6%	100%	4 *	0,9	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		/ 120											
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,0	12	100,00	100	99999 00%	50%	5 *	0,0		
		% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica		/ obtv NA											
		C4.9	> %.	88,57	80,33	1,0	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,2		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		/ 80,325952381											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	-1,33	-2,26	4,4	12	-1,24	1	-45%	75%	vr 2 *	3,3		cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		/ valore 2015											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

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	34,0	31,6
3 - Obiettivi REGIONALI	12,8	12,8

Bic1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	>	%	90,00	4,0	12	100,00	10	11%	100%	*	4,0	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di SC PEDIATRIA (102)	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)				/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO									
<hr/>															
		RT14	>	si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)				/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3									
<hr/>															
		RT3	>	si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M valutaz. 2017-11-05
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)				/ si									
<hr/>															
		RT7	>	si/no	1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%	*	4,0	cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio				/ si									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,8	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,8	cio	cts
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY															
4 - Ob Az: OSTETRICIA															
P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle ProfessioniStesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N. / si	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.															
4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA															
P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01 Definizione protocollo condiviso entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
4 - Ob Az: PEDIATRIA															
P33O01	Standardizzare a livello di area vasta le modalità operative per il trasferimento del neonato tra primo e secondo livello e descriverle in una procedura che metta in sicurezza il percorso anche dal punto di vista medico legale (es	i-P33O01 Definizione di una procedura di AV	> si/no AREA Vasta	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura protocollo AV "Trasporto perinatale"															
P33O02	Rendere omogeneo a livello di area vasta l'utilizzo della breve osservazione pediatrica, che deve comunque restare nel limite delle 48 ore	i-P33O02 % osservazioni brevi oltre 48h	> %	0,00	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,8	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile da controllo di gestione. Si valuta sulla dichiarazione inferiore al 5%															
		i-P33O02a Coefficiente di variazione della % osservazioni brevi su tot casi (osservazioni+ricoveri)	> N.	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6	M	
calcolo coefficienti di variazione MeS: Il Coefficiente di Variazione è un indice di variabilità definito dal rapporto fra deviazione standard e media. A valori maggiori del coefficiente di variazione corrisponde una dispersione maggiore delle osservazio valutaz. 2017-11-05															
P33O03	Condividere e rendere omogeneo a livello di area vasta il limite di età del paziente considerato "pediatrico" in ambito di ricovero	i-P33O03 Predisposizione di un documento di appropriata assegnazione e modalità di presa in carico in base a patologia	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura di "ISTRUZIONE OPERATIVA": Definizione di età evolutiva ai fini assistenziali															
P33O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P33O04 Definizione ed adozione di un protocollo di passaggio del paziente diabetico da minore ad adulti	> si/no prendendo spunto da situazioni dove c'e' già come a Livorno	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura Procedura operativa: "La Transizione dal Centro Diabetologico Pediatrico al Centro diabetologico dell'Adulto"															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P33O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P33O04a Condivisione di almeno 2 PDTA a livello aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1- Procedura prevenzione streptococco; 2- Procedura trattamento ipoglicemia														
		i-P33O04b Standardizzazione moduli rilevazione consenso informato	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Redazione 6 moduli di consenso														
P33O05	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia	i-P33O05 Definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
Otorino AQUP indicazioni di intervento di tonsillectomia Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Definito PDTA														
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-P33O06 Definizione di una documento di individuazione dei poli della rete e delle procedure di presa in carico entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	M
vedi vecchio documnto non c'è altro Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviato PAV e riferimento a indirizzi PAV, non contestualizzato in ATNO														
P33O07	Omogeneizzazione dello standard del "neonato patologico" (collegato a criticità C7.7)	i-P33O07 Definizione procedura entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M
vedi vecchio documnto non c'è altro Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Elaborazione proposta standardizzazione codifiche diagnosi e procedure														

4 - Ob Az: PROFESS. TECNICI SANITARI

P43O04	Buone pratiche aziendali: Estensione del modello della ex usl 5 della gravidanza a basso rischio gestito in autonomia professionale dalle ostetriche	i-P43O04 invio documento di avvio del modello organizzativo.	> si/no	0,00	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9	M
/ si valutaz. 2017-11-05														

4 - Ob Az: PS

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See& Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track... triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e 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	2,2	12	70,00	0	0%	100%	*	2,2	M
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %. / si	100,00	100,00	2,2	12	100,00	0	0%	100%	*	2,2	cio
														cts
<p>RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.</p>														
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		5,4	12	3,00	0	0%	100%	3	5,4	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. / 100	0,00	90,00	2,2	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,0	cio
														cts
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> % controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si	100,00		1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
														cts
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % / 60	60,00		1,1	12	60,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
														cts
<p>Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)</p>														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

102_42310
5

SC PEDIATRIA (102)

Totale pesi 100,0

92,2

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

102_423106 **S.S. PEDIATRIA - H VDS (102)**

RAFFAELE DOMENICI

TERESA PORTA

1 - Obiettivi MeS

37,0

32,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

11,4

11,4

B8	Gestione Dati																		
	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,9	12	95,55	16	19%	100%	3*	0,9	M	cio					
			consuntivo 2015 fonte MES			fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102									cts				
						Si chiede che venga attribuito il dato effettivo e non quello aziendale. Le strutture hanno migliorato il risultato e non sembra giusto che venga assegnato in peso uguale a zero.. Se il dato non è disponibile, si chiede che il peso venga ridistribuito tra quelli raggiunti.													
	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	8,8	12	99,38	1	1%	100%	5*	8,8	cio						
						dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts				
	B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N. / 95	96,66	95,00	0,9	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,9	M						
						dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
	B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N. / 90		90,00	0,9	12	99,99	10	11%	100%	*	0,9	cio						
						fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102									cts				

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,2

17,0

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	7,19	0,9	12	4,82	-2	-33%	100%	3	0,9	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio															
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,32	120,00	0,9	12	130,50	11	9%	76%	4	0,7	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio															
C14	Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,0	12	0,00	0	-100%	100%	5	0,0	
fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo S.S. PEDIATRIA - H VDS (102)															
		C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	80,33	1,0	12	59,68	-21	-26%	0%	0	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-1,41	-1,31	4,4	12	-1,39	0	6%	100%	0	4,4	cio cts
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	0,9	12	0,00	-3	-100%	40%	4	0,4	cio cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S. PEDIATRIA - H VDS (102) - 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.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

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	< €.	34.901,20	34.552,19	12,0	12	21.954,33	-12.598	-36%	100%	3 *	12,0	M	cio
					/ Min(valore 2014;valore 2015-1%)										cts
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	89,98	-10	-10%	100%	3 *	1,5		cio
					al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %										
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0		cio
					almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %										

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %		90,00	4,0	12	75,00	-15	-17%	83%		3,3		
					/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO										
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6		
					/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3										
		RT3 Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	> si/no / si	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	M	
		RT7 Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio	> si/no / si		1,00	4,0	12	1,00	0	0%	100%		4,0		cio
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		0,8	M	cio
															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	0,8	12	1,00	0	0%	100%		0,8		cio
															cts

4 - Ob Az: OSTETRICIA

1,2

1,2

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle Professioni Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04 Implementazione del Piano entro il 31/12	> N. / si	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il piano è presente nel materiale del Dip. Inf-Ost.															

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA 1,6 1,6

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

4 - Ob Az: PEDIATRIA 16,0 14,4

P33O01	Standardizzare a livello di area vasta le modalità operative per il trasferimento del neonato tra primo e secondo livello e descriverle in una procedura che metta in sicurezza il percorso anche dal punto di vista medico legale (es	i-P33O01 Definizione di una procedura di AV	> si/no AREA Vasta	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura protocollo AV "Trasporto perinatale"															

P33O02	Rendere omogeneo a livello di area vasta l'utilizzo della breve osservazione pediatrica, che deve comunque restare nel limite delle 48 ore	i-P33O02 % osservazioni brevi oltre 48h	> %	0,00	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile da controllo di gestione. Si valuta sulla dichiarazione inferiore al 5%															

i-P33O02a	>	N.	0,00	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	M
Coefficiente di variazione della % osservazioni brevi su tot casi (osservazioni+ricoveri)													
calcolo coefficienti di variazione MeS: Il Coefficiente di Variazione è un indice di variabilità definito dal rapporto fra deviazione standard e media. A valori maggiori del coefficiente di variazione corrisponde una dispersione maggiore delle osservazio													
valutaz. 2017-11-05													

P33O03	Condividere e rendere omogeneo a livello di area vasta il limite di età del paziente considerato "pediatrico" in ambito di ricovero	i-P33O03 Predisposizione di un documento di appropriata assegnazione e modalità di presa in carico in base a patologia	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura di "ISTRUZIONE OPERATIVA": Definizione di età evolutiva ai fini assistenziali															

P33O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P33O04 Definizione ed adozione di un protocollo di passaggio del paziente diabetico da minore ad adulti	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	M	
prendendo spunto da situazioni dove c'è già come a Livorno Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura Procedura operativa: "La Transizione dal Centro Diabetologico Pediatrico al Centro diabetologico dell'Adulto"															

i-P33O04a	> si/no	0,00	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,6	M
Condivisione di almeno 2 PDTA a livello aziendale												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1- Procedura prevenzione streptococco; 2- Procedura trattamento ipoglicemia												

i-P33O04b	> si/no	0,00	1,00	1.6	12	1,00	0	0%	100%	*	1.6	M
Standardizzazione moduli rilevazione consenso informato												
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Redazione 6 moduli di consenso												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P33O05	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia	i-P33O05 Definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri	> si/no Otorino AQUP indicazioni di intervento di tonsillectomia	0,00 1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	1,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Definito PDTA													
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-P33O06 Definizione di una documento di individuazione dei poli della rete e delle procedure di presa in carico entro il 30/06	> si/no vedi vecchio documnto non c'è altro	0,00 1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/> *	0,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviato PAV e riferimento a indirizzi PAV, non contestualizzato in ATNO													
P33O07	Omogeneizzazione dello standard del "neonato patologico" (collegato a criticità C7.7)	i-P33O07 Definizione procedura entro il 30/06	> si/no vedi vecchio documnto non c'è altro	0,00 1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	1,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Elaborazione proposta standardizzazione codifiche diagnosi e procedure													

4 - Ob Az: PROFESS. TECNICI SANITARI

P43O04	Buone pratiche aziendali: Estensione del modello della ex usl 5 della gravidanza a basso rischio gestito in autonomia professionale dalle ostetriche	i-P43O04 invio documento di avvio del modello organizzativo.	> si/no / si	0,00 1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0,9	M
valutaz. 2017-11-05													

4 - Ob Az: PS

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See& Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonoma)	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00 1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/> *	0,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari													

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	5,4	12	3,00	0	0%	100%	3 *	5,4	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate										cts
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,2	12	81,54	-8	-9%	91%	2,0	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	/ 100										cts
		Q03	> %	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	1,1		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	1,1	12	60,00	0	0%	100%	1,1		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	/ 60										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2
Valutazione
p1 P2

102_42310
6

S.S. PEDIATRIA - H VDS (102)

Totale pesi 100,0

92,0

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

105_BD103140 **UO PEDIATRIA VDE (105)**

3

TARANTINO DONATO

1 - Obiettivi MeS

35.0

32.7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,6

10,6

B20.a	<u>Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche</u>	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	102,73	95,39	0,0	12						2			assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B5	<u>Estensione ed adesione allo screening</u>	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	2,8	12	107,69	12	13%	100%	5	2,8	M		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era
B8	<u>Gestione Dati</u>	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3	0,6	M		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,6	12	99,38	1	1%	100%	5	5,6			mail MP del 2017-09-27
		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
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	97,15	7	8%	100%		0,6			fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 105
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,6	12	95,90	16	20%	100%	3	0,6	M		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO. fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,7

19,4

C	Valutazione sanitaria	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0.6	12	5,12	-3	-36%	100%	3 *	0.6	M
			Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era									
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.		7,38	0.0	12							
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)		DISCIPLINA NON PRESENTE									

* = 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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,6	
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016														
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti														
< % 2,42 3,00 0,6 12 2,66 0 -11% 100% 3* 0,6														
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)														
> N. 83,33 100,00 0,6 12 100,00 0 0% 100% 4* 0,6														
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)														
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	149,52	159,80	0,6	12	160,14	0	0%	40%	4*	0,2	
Gen-Ago 2015														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era														
C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)														
< %.														
14,73 14,62 0,6 12 12,59 -2 -14% 100% 5* 0,6														
Gen-Ago 2015														
DATO 2015 - Osp. Pontedera Dato 2016 - Osp. Pontedera														
C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum														
> %.														
56,55 63,33 0,6 12 61,43 -2 -3% 100% 3* 0,6														
consuntivo da verificare														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val d Era														
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)														
< %														
5,66 2,76 0,6 12 3,32 1 20% 100% 4* 0,6														
consuntivo da verificare														
DATO 2015 - Osp. Pontedera Dato 2016 - Osp. Pontedera														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,6	12	2,55	0	-15%	85%	*	4,7	
come da DGRT														
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica														

2,8 2,8

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

15,0	14,5
------	------

15,0	14,5
------	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	32,2
3 - Obiettivi REGIONALI	14,7	14,7

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA	1,8	1,8
-----------------------------------	-----	-----

P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M	cio
		Definizione protocollo condiviso entro il 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

4 - Ob Az: PEDIATRIA

P33O01	<u>Standardizzare a livello di area vasta le modalità operative per il trasferimento del neonato tra primo e secondo livello e descriverle in una procedura che metta in sicurezza il percorso anche dal punto di vista medico legale (es</u>	i-P33O01	> si/no	0,00	1,00	1.8	12	1.00	0	0%	100%	*	1.8	M
		Definizione di una procedura di AV		AREA Vasta		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura protocollo AV "Trasporto perinatale"								

P33O02	<u>Rendere omogeneo a livello di area vasta l'utilizzo della breve osservazione pediatrica, che deve comunque restare nel limite delle 48 ore</u>	i-P33O02	>	%	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M
		% osservazioni brevi oltre 48h		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile da controllo di gestione. Si valuta sulla dichiarazione inferiore al 5%											

i-P33O02a	>	N.	0,00	1,00	0.0	12						*	
Coefficiente di variazione della % osservazioni brevi su tot casi (osservazioni+ricoveri)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile											
		calcolo coefficienti di variazione MeS: Il Coefficiente di Variazione è un indice di variabilità definito dal rapporto fra deviazione standard e media. A valori maggiori del coefficiente di variazione corrisponde una dispersione maggiore delle osservazio											

P33O03	<u>Condividere e rendere omogeneo a livello di area vasta il limite di età del paziente considerato "pediatrico" in ambito di ricovero</u>	i-P33O03	> si/no	0,00	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%	*	1.8	M
		Predispensione di un documento di appropriata assegnazione e modalità di presa in carico in base a patologia			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura di "ISTRUZIONE OPERATIVA": Definizione di età evolutiva ai fini assistenziali									

P33O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P33O04	> sì/no	0,00	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%	*	1.8	M
		Definizione ed adozione di un protocollo di passaggio del paziente diabetico da minore ad adulti	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura Procedura operativa: "La Transizione dal Centro Diabetologico Pediatrico al Centro diabetologico dell'Adulto"											
		prendendo spunto da situazioni dove c'e' già come a Livorno												

i-P33O04a	> si/no	0,00	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%	*	1.8	M
Condivisione di almeno 2 PDTA a livello aziendale		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1- Procedura prevenzione streptococco; 2- Procedura trattamento ipoglicemia										

i-P33O04b	> si/no	0,00	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1.8	M
Standardizzazione moduli rilevazione consenso		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Redazione 6 moduli di consenso										

P33O05	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia	i-P33O05	> si/no	0,00	1,00	1.8	12	1,00	0	0%	100%	*	1.8	M
		Definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri		Otorino AQUP indicazioni di intervento di tonsillectomia										
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Definito PDTA												

P33O06	<u>Rete specialistica pediatrica</u>	i-P33O06	> si/no	0,00	1,00	1.8	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0.9	M
		Definizione di una documento di individuazione dei poli della rete e delle procedure di presa in carico entro il 30/06	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviato PAV e riferimento a indirizzi PAV, non contestualizzato in ATNO											
		vedi vecchio documnto non c'è altro												

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P33O07	Omogeneizzazione dello standard del "neonato patologico" (collegato a criticità C7.7)	i-P33O07	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
Definizione procedura entro il 30/06			vedi vecchio documnto non c'è altro			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Elaborazione proposta standardizzazione codifiche diagnosi e procedure								

4 - Ob Az: PS						1,8									0,9
---------------	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track.....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo)	i-P07O04	>	%	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiché l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari												

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).			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	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.								

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

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	COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %			100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

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)									

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

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
31403

UO PEDIATRIA VDE (105)

Totale pesì

100,0

94,3

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

106_HC05PED **U.O.C. PEDIATRIA CECINA (106)**

GIANLUCA BENETTI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

33,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,9

10,9	
------	--

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	102,73	95,39	4,00	0,0	12					2	*	3,0	assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	4,00	3,0	12	97,20	2	2%	100%	4	*	3,0	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00		0,6	12	86,83	7	9%	100%	3	*	0,6	fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50		6,0	12	99,38	1	1%	100%	5	*	6,0	Si chiede che venga attribuito il dato effettivo e non quello aziendale. Le strutture hanno migliorato il risultato e non sembra giusto che venga assegnato in peso uguale a zero.. Se il dato non è disponibile, si chiede che il peso venga ridistribuito tra quelli raggiunti.
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00		0,6	12	97,36	2	2%	100%	4	*	0,6	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00		0,6	12	96,33	6	7%	100%		*	0,6	fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00		0,0	12					3	*		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,1

19,4

C	Valutazione sanitaria	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0.6	12	3,91	-4	-51%	100%	4	0.6	M	
				Gen-Ago 2015	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina										
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.		10,47	0.0	12								
				Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)	DISCIPLINA NON PRESENTE										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	133,64	120,00	0,6	12	113,09	-7	-6%	100%	5*	0,6	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	consuntivo da verificare												dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	100,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	1*	0,6	M	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica													fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Civile Cecina (LI) - Pediatria
		C4.9	> %.	88,57	76,45	0,6	12	81,82	5	7%	100%	3*	0,6		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Ago 2015												dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,00	-0,61	1,8	12	0,00	1	-100%	100%	vr 3*	1,8	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici													cts
		C2a.M	< N.	1,64	0,80	3,0	12	0,54	0	-33%	100%	2*	3,0	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici													cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	> %.	83,92	94,08	0,6	12	92,67	-1	-1%	100%	4*	0,6	M	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Gen-Ago 2015												DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \
		C4.7	> %.	75,54	84,02	0,0	12					4*			
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	consuntivo da verificare												DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,2	12	12,00	9	300%	100%	4*	1,2	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,2	12	13,00	7	117%	100%	5*	1,2	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
		C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	12								cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016												cts
		C6.5.4	> 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
		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	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016												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	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,6	
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016														
	C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3*	0,6		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4*	0,6	M	
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)														
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	185,29	159,80	0,6	12	231,17	71	45%	30%	3*	0,2	
Gen-Ago 2015														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina														
	C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	19,87	16,00	0,6	12	16,97	1	6%	100%	4*	0,6	M	
Gen-Ago 2015														
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina														
	C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	56,55	63,33	0,6	12	56,98	-6	-10%	36%	3*	0,2	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina														
	C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< %	2,62	4,04	0,6	12	3,56	0	-12%	100%	4*	0,6		
consuntivo da verificare														
DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,0	12	2,55	0	-15%	85%	*	5,1	
come da DGRT														
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica														

3,0 3,0

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

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	42.230,45	41.808,15	12,0	12	23.610,66	-18.197	-44%	100%	3 *	12,0	M	cio
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA															
verifica del 2017-09-08 cdg H -															
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	37,55	-62	-62%	58%	2 *	0,9		cio
al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Presidio Osp. Cecina															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0		cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Ausl NO															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0 30,8

3 - Obiettivi REGIONALI

14,7 13,3

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,6	12	100,00	10	11%	100%		4,6	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)												
		da aggiornare pre-consuntivo												
		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. PEDIATRIA CECINA (106)												
		RT14	> si/no		1,00	1,8	12	0,20	-1	-80%	20%		0,4	
Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)														
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)														
		RT3	> si/no	1,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	
Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)														
sospeso in attesa di definizione regionale														
valutaz. 2017-11-05														
		RT7	> si/no		1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%		4,6	
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio														
cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA

1,8 1,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M	cio		
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
4 - Ob Az: PEDIATRIA						16,6									14,7		
P33O01	Standardizzare a livello di area vasta le modalità operative per il trasferimento del neonato tra primo e secondo livello e descriverle in una procedura che metta in sicurezza il percorso anche dal punto di vista medico legale (es	i-P33O01	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M			
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura protocollo AV "Trasporto perinatale"														
P33O02	Rendere omogeneo a livello di area vasta l'utilizzo della breve osservazione pediatrica, che deve comunque restare nel limite delle 48 ore	i-P33O02	> %	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M			
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile da controllo di gestione. Si valuta sulla dichiarazione inferiore al 5%														
		i-P33O02a	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*					
			calcolo coefficienti di variazione MeS: Il Coefficiente di Variazione è un indice di variabilità definito dal rapporto fra deviazione standard e media. A valori maggiori del coefficiente di variazione corrisponde una dispersione maggiore delle osservazio														
P33O03	Condividere e rendere omogeneo a livello di area vasta il limite di età del paziente considerato "pediatrico" in ambito di ricovero	i-P33O03	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M			
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura di "ISTRUZIONE OPERATIVA": Definizione di età evolutiva ai fini assistenziali														
P33O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P33O04	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M			
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura Procedura operativa: "La Transizione dal Centro Diabetologico Pediatrico al Centro diabetologico dell'Adulto"														
		i-P33O04a	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M			
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1- Procedura prevenzione streptococco;2- Procedura trattamento ipoglicemia														
		i-P33O04b	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M			
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Redazione 6 moduli di consenso														
P33O05	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia	i-P33O05	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M			
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Definito PDTA														
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-P33O06	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M			
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviato PAV e riferimento a indirizzi PAV, non contestualizzato in ATNO														

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P33O07	Omogeneizzazione dello standard del "neonato patologico" (collegato a criticità C7.7)	i-P33O07	> si/no	0,00	1,00	1,8	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="1,8"/>	M
			Definizione procedura entro il 30/06		vedi vecchio documnto non c'è altro		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Elaborazione proposta standardizzazione codifiche diagnosi e procedure						

4 - Ob Az: PS	1,8	0,9
---------------	------------	------------

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track.....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,8	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="0,50"/>	<input type="text" value="-1"/>	<input type="text" value="-50%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text" value="0,9"/>	M	cio
		Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari										

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 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	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="100,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="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 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	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		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	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="81,54"/>	<input type="text" value="-8"/>	<input type="text" value="-9%"/>	<input type="text" value="91%"/>	<input type="text" value="2,1"/>	M	cio	cts
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)			monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO										

Q03	> %	100,00	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	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)										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HC05 PED	U.O.C. PEDIATRIA CECINA (106)	Totale pesi		100,0	88,6

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

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

UO/UF

106_HE05PED **U.O.C. PEDIATRIA ELBA/PIOMBINO (106)**

GIANLUCA BENETTI F.F.

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****31,5****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,2****10,2**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12						2 *			
sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.															
assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS															
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	2,8	12	101,90	7	7%	100%	5 *	2,8		
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,6	M	
consuntivo 2015 fonte MES															
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106															
Si chiede che venga attribuito il dato effettivo e non quello aziendale. Le strutture hanno migliorato il risultato e non sembra giusto che venga assegnato in peso uguale a zero.. Se il dato non è disponibile, si chiede che il peso venga ridistribuito tra quelli raggiunti.															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	5,6	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,6		
consuntivo da verificare															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6		
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106															
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3 *			
completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95%															
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.															
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n ° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**22,0****18,5**

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0,6	12	6,78	-1	-15%	100%	0 *	0,6	M
Gen-Ago 2015															
dato di verifica e lascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba															
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															

* = 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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	139,17	19	16%	20%	2	0,1	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba															
Questo tasso è generale per tutta la popolazione, per la Pediatria l'altro indicatore C7 riguarda proprio il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica Tale indicatore è stato raggiunto. Non sembra giusto la valutazione sulla base di un risultato generale, quando la Pediatria ha fatto la sua parte per quanto di propria competenza.															
C14	Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,6	12	20,00	20	19999 00%	50%	5	0,3	
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Civile Elbano Portoferraio (LI) - Pediatria															
		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	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,37	0,10	1,7	12	-0,70	-1	-803%	100%	3	1,7	M
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \															
		C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-1,06	-0,33	2,8	12	-1,37	-1	314%	100%	3	2,8	M
fonte dati datawarehause ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA															
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	93,91	94,08	0,6	12	86,64	-7	-8%	40%	4	0,2	
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \															
		C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	87,59	84,02	0,0	12					5		
DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,1	12	12,00	9	300%	100%	4	1,1	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. PEDIATRIA ELBA/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	1,1	12	13,00	7	117%	100%	5	1,1	M
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. PEDIATRIA ELBA/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	85,00	0,0	12							
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															
		C6.5.4	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12							
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	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							cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,6	cio
					consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,6	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,6	cio
					consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,6	M cio
					Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
							gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 106 (2 casi) sono stati gestiti nel rispetto delle tempistiche per quanto riguarda il primo caso, nel secondo caso invece non è stata gestita la scheda B ed è stato quindi attribuito il mancato raggiungimento dell'obiettivo alla UO interessata; (mail Clinical Risk manager IR del 2017-10-12)							
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	185,29	159,80	0,6	12	180,66	21	13%	58%	4 *	0,3	M
					Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba							
		C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	10,00	16,00	0,6	12	14,46	-2	-10%	100%	4 *	0,6	cio
					Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \							
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	56,55	63,33	0,6	12	39,00	-24	-38%	20%	2 *	0,1	cio
					consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba							
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< %	10,17	4,04	0,6	12	8,51	4	111%	47%	2 *	0,3	M
					consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \							
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	5,6	12	2,55	0	-15%	85%	*	4,8	
					come da DGRT		il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,8

2,8

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	2,8	12	796,00	-3	0%	100%	*	2,8	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

13,5

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

13,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	50.212,16	49.710,04	12,0	12	37.489,87	-12.220	-25%	100%	3	*	12,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI														cts
				tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014): non comprende la DDclasseA				verifica del 2017-09-08 cdg H -								

Euro01a-F12a.25.1	> %.	100,00	1,5	12	33,36	-67	-67%	33%	1	*	0,5	cio
% di dimessi da ricovero con erogazione in DD	al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %											
dato calcolato a livello di Presidio Osp. Elba/Piombino												

valutato insieme al Piombino

Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,0	cio
% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %											
dato calcolato a livello di Ausl NO												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

30,8

3 - Obiettivi REGIONALI

14,7

13,3

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,6	12	100,00	10	11%	100%	*	4,6		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo				% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. PEDIATRIA ELBA/PIOMBINO (106)								
		RT14	> si/no		1,00	1,8	12	0,20	-1	-80%	20%	*	0,4		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)					tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								
		RT3	> si/no	1,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8		
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	sospeso in attesa di definizione regionale				valutaz. 2017-11-05								

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT7	> si/no		1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%	*	4,6	cio
Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio <i>cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)</i>														
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M cio cts
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale <i>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>														
4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA						1,8								
P34O01	<u>Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale</u>	i-P34O01	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M cio
Definizione protocollo condiviso entro il 30/06 <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 /</i>														
4 - Ob Az: PEDIATRIA						16,6								
P33O01	<u>Standardizzare a livello di area vasta le modalità operative per il trasferimento del neonato tra primo e secondo livello e descriverle in una procedura che metta in sicurezza il percorso anche dal punto di vista medico legale (es</u>	i-P33O01	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
Definizione di una procedura di AV <i>AREA Vasta</i> <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura protocollo AV "Trasporto perinatale"</i>														
P33O02	<u>Rendere omogeneo a livello di area vasta l'utilizzo della breve osservazione pediatrica, che deve comunque restare nel limite delle 48 ore</u>	i-P33O02	> %	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M
% osservazioni brevi oltre 48h <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile da controllo di gestione. Si valuta sulla dichiarazione inferiore al 5%</i>														
		i-P33O02a	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*		
Coefficiente di variazione della % osservazioni brevi su tot casi (osservazioni+ricoveri) <i>calcolo coefficienti di variazione MeS: Il Coefficiente di Variazione è un indice di variabilità definito dal rapporto fra deviazione standard e media. A valori maggiori del coefficiente di variazione corrisponde una dispersione maggiore delle osservazioni</i> <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile</i>														
P33O03	<u>Condividere e rendere omogeneo a livello di area vasta il limite di età del paziente considerato "pediatrico" in ambito di ricovero</u>	i-P33O03	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
Predisposizione di un documento di appropriata assegnazione e modalità di presa in carico in base a patologia <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura di "ISTRUZIONE OPERATIVA": Definizione di età evolutiva ai fini assistenziali</i>														
P33O04	<u>Condivisione procedure e buone pratiche</u>	i-P33O04	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
Definizione ed adozione di un protocollo di passaggio del paziente diabetico da minore ad adulti <i>prendendo spunto da situazioni dove c'è già come a Livorno</i> <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura Procedura operativa: "La Transizione dal Centro Diabetologico Pediatrico al Centro diabetologico dell'Adulto"</i>														
		i-P33O04a	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
Condivisione di almeno 2 PDTA a livello aziendale <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1- Procedura prevenzione streptococco; 2- Procedura trattamento ipoglicemia</i>														
		i-P33O04b	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
Standardizzazione moduli rilevazione consenso informato <i>Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Redazione 6 moduli di consenso</i>														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P33O05	Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia	i-P33O05 Definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
			Otorino AQUP indicazioni di intervento di tonsillectomia		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Definito PDTA									
P33O06	Rete specialistica pediatrica	i-P33O06 Definizione di una documento di individuazione dei poli della rete e delle procedure di presa in carico entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M
			vedi vecchio documnto non c'è altro		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviato PAV e riferimento a indirizzi PAV, non contestualizzato in ATNO									
P33O07	Omogeneizzazione dello standard del "neonato patologico" (collegato a criticità C7.7)	i-P33O07 Definizione procedura entro il 30/06	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
			vedi vecchio documnto non c'è altro		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Elaborazione proposta standardizzazione codifiche diagnosi e procedure									

4 - Ob Az: PS

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo)	i-P07O04 Definire percorso in collaborazione con Area Medica, Area Chirurgica e DMI entro 30/06	> %	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	M	cio
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Conseguimento parziale poiche l'obiettivo è stato raggiunto nel 2017. Nel 2016 sono stati realizzati studi preliminari												

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
			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									
		Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.									
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%	*	1,7	cio
			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HE05	U.O.C. PEDIATRIA	Totale pesi		86,5	
PED	ELBA/PIOMBINO (106)	100,0			

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

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

106_HL05PED **U.O.C. PEDIATRIA LIVORNO (106)**

FABRIZIO GADDUCCI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,9

10,9

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	102,73	95,39	4,00	0,0	12						2*		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	102,73	95,39	3,0	12	101,48	6	6%	100%	5*	3,0			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,6	M		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	6,0	12	99,38	1	1%	100%	5*	6,0			Si chiede che venga attribuito il dato effettivo e non quello aziendale. Le strutture hanno migliorato il risultato e non sembra giusto che venga assegnato in peso uguale a zero.. Se il dato non è disponibile, si chiede che il peso venga ridistribuito tra quelli raggiunti.
		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
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	96,33	6	7%	100%		0,6			fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106
		B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3*				assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO. fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,1

16,6

C	Valutazione sanitaria	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta' 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 lascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.		10,47	0,0	12						*	
				Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)	DISCIPLINA NON PRESENTE									

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,6	12	123,41	3	3%	100%	5	0,6	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																
C14	Appropriatezza medica	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,6	12	20,00	20	1999900%	0%	0	0,0		
fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Riuniti Livorno - Pediatria																
		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		
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese																
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,28	0,10	1,8	12	0,21	0	113%	75%	vr	2	1,4	M
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \																
dato di presidio parzialmnente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo																
		C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	3,0	12	0,85	0	113%	75%	vr	1	2,3	
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \																
dato di presidio parzialmente rappresentativo dell'attività di unità operativa, valutato il parziale raggiungimento dell'obiettivo																
C4a	Appropriatezza chirurgica	C4.12	Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	0,00	94,08	0,6	12	100,00	6	6%	100%	4	0,6	M	
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA																
		C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	77,30	84,02	0,0	12						4		
DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \																
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	1,2	12	1,00	-2	-67%	40%	4	0,5		
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. PEDIATRIA 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 U.O.C. PEDIATRIA LIVORNO (106) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12								
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.4	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12								
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
		C6.5.5	Indice di adezione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,6	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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	0,6	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,6	
consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016														
Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti														
< % 2,42 3,00 0,6 12 2,66 0 -11% 100% 3* 0,6														
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)														
> N. 83,33 100,00 0,6 12 100,00 0 0% 100% 4* 0,6														
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)														
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	185,29	159,80	0,6	12	176,91	17	11%	73%	4*	0,4	M
Gen-Ago 2015														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														
C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)														
< %.														
16,15 15,00 0,6 12 20,84 6 39% 30% 3* 0,2														
Gen-Ago 2015														
DATO 2015 - Osp. Livorno Dato 2016 - Osp. Livorno														
C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum														
> %.														
56,55 63,33 0,6 12 78,01 15 23% 100% 4* 0,6														
consuntivo da verificare														
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese														
C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)														
< % 7,32 4,04 0,6 12 8,74 5 117% 20% 2* 0,1														
consuntivo da verificare														
DATO 2015 - Osp. Livorno Dato 2016 - Osp. Livorno														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	6,0	12	2,55	0	-15%	85%	*	5,1	
come da DGRT														
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica														

3,0 3,0

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

15,0	14,1
------	------

15,0	14,1
------	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	183.237,30	181.404,93	12,0	12	152.644,68	-28.760	-16%	100%	3 *	12,0	M	cio
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA															
verifica del 2017-09-08 cdg H -															
		Euro01a-F12a.25.1 % di dimessi da ricovero con erogazione in DD	> %.		100,00	1,5	12	56,16	-44	-44%	76%	2 *	1,1		cio
al 100% dei pazienti dimessi da ricovero ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Presidio Osp. Livorno															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,5	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0		cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Ausl NO															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	4,6	12	100,00	10	11%	100%		4,6	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.O.C. PEDIATRIA LIVORNO (106)								
		RT14	> si/no		1,00	1,8	12	0,20	-1	-80%	20%		0,4	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)										
		RT3	> si/no	1,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)		sospeso in attesa di definizione regionale		valutaz. 2017-11-05								
		RT7	> si/no		1,00	4,6	12	1,00	0	0%	100%		4,6	
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio		cronoprogramma 2016 rispettato (mail DC 2017-09-18)										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA

1,8

1,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P33O07	Omogeneizzazione dello standard del "neonato patologico" (collegato a criticità C7.7)	i-P33O07	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	M
		Definizione procedura entro il 30/06	vedi vecchio documnto non c'è altro											

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Elaborazione proposta standardizzazione codifiche diagnosi e procedure

4 - Ob Az: PS	1,8	0,9
---------------	------------	------------

P07O04	Definire e omogeneizzare i percorsi del fast track e del See&Treat, soprattutto nei grandi ospedali (modello Lucca... 23-24% accessi in fast track.....triage unico di PS, quindi invio diretto e presa in carico dello specialista e chiusura autonomo)	i-P07O04	> %	0,00	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	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

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).											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)	aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)											cts

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	5,8	12	0,00	-3	-100%	30%	*	1,7	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbalizzate da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											cts

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)

		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	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)												cts

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

		Q03	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)											cts

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	> %	60,00	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)									

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL05 PED	U.O.C. PEDIATRIA LIVORNO (106)	Totale pesi		100,0	86,1

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

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

UO/UF

112_51L5 **PEDIATRIA (112)**

LUIGI GAGLIARDI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS**35,0****32,0****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****2,3****1,9**

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1	Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	4,00	0,0	12					2 *		
				sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.				assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS						
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,6	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2
				consuntivo 2015 fonte MES				fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112						
				Si chiede che venga attribuito il dato effettivo e non quello aziendale. Le strutture hanno migliorato il risultato e non sembra giusto che venga assegnato in peso uguale a zero.. Se il dato non è disponibile, si chiede che il peso venga ridistribuito tra quelli raggiunti.										
		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						
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,6
								dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO						
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,6	12	99,53	10	11%	100%		0,6
								fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112						

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**31,6****29,0**

C	Valutazione sanitaria	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90 Gen-Ago 2015	8,00	4,5	12	5,81	-2	-27%	100%	2 *	4,5	M
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia											
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	127,93 consuntivo da verificare	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											
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	< %	2,70	0,00	1,1	12	7,32	7	73160 7%	50% vr	4 *	0,6	
			Il dato si riferisce al tasso (C14.2a): da aggiornare											
			fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Ospedale Unico "Versilia" - Pediatria											
			valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)											
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57 Gen-Ago 2015	80,49	1,1	12	77,94	-3	-3%	20%	2 *	0,2	
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	-1,08	-0,19	1,1	12	-1,33	-1	600%	100%	2 *	1,1	M	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici													cts
fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo STRUTTURA ORG.TIVA															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	5,6	12	3,00	0	0%	100%	4 *	5,6	M	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo PEDIATRIA (112) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	5,6	12	7,00	1	17%	100%	5 *	5,6	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 PEDIATRIA (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													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															
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,7	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,7		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	1,7	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,7		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti													cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016															
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,7	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts
Anno 2014. Budget da definire															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)															
C7	Materno Infantile	B25.1a.5	< %.	207,92	159,80	0,6	12	197,59	38	24%	51%	3 *	0,3	M	
		Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia													
Gen-Ago 2015															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia															
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									
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

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	356.387,00	352.823,13	15,0	12	360.966,19	8.143	2%	100%	vr	3	*	15,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts
				parte dello sfioramento del budget del 2016 è dovuto al prodotto MISCELA N.P.T SACCA NEONATALE con importo 20.010,00, in quanto con la pregressa procedura di contabilità analitica, tale prodotto veniva imputato al CDR non come costo di magazzino ma come servizio interno in quanto fornito dal laboratorio farmaceutica interno. Quindi il costo di tale prodotto non è contemplato nel budget assegnato, per cui non confrontabile con il consumato 2016. Al netto di tale voce quindi l'obiettivo euro01 risulta raggiunto (mail SP 2017-09-25).												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

32,2

3 - Obiettivi REGIONALI

3,3

3,3

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT7	> si/no	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1			cio
		Implementazione e/o Adozione cartella clinica informatizzata (C7):secondo cronoprogramma definito con Fondazione Monasterio													
		RT9	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M	
		Rispetto delle soglie previste a livello di Unità Operativa dal Decreto Ministeriale N. 70/2015													
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													cts

4 - Ob Az: OSTETRICIA

2,2

2,2

P34O04	In condivisione con il Dipartimento delle Professioni]Stesura di un piano graduale e supportato (di affiancamento e formazione) del personale ostetrico nel percorso di assistenza al neonato sano	i-P34O04	> N.	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M	cio
		Implementazione del Piano entro il 31/12													

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

4 - Ob Az: OSTETRICIA / PEDIATRIA

3,3

3,3

P34O01	Definire e condividere un protocollo per la rianimazione materna e neonatale	i-P34O01	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M	cio
		Definizione protocollo condiviso entro il 30/06													

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

4 - Ob Az: PEDIATRIA

26,1

23,3

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P33O01	<u>Standardizzare a livello di area vasta le modalità operative per il trasferimento del neonato tra primo e secondo livello e descriverle in una procedura che metta in sicurezza il percorso anche dal punto di vista medico legale (es</u>	i-P33O01 Definizione di una procedura di AV	> si/no AREA Vasta	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura protocollo AV "Trasporto perinatale"														
P33O02	<u>Rendere omogeneo a livello di area vasta l'utilizzo della breve osservazione pediatrica, che deve comunque restare nel limite delle 48 ore</u>	i-P33O02 % osservazioni brevi oltre 48h	> %	0,00	1,00	3,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile da controllo di gestione. Si valuta sulla dichiarazione inferiore al 5%														
		i-P33O02a Coefficiente di variazione della % osservazioni brevi su tot casi (osservazioni+ricoveri)	> N.	0,00	1,00	0,0	12					*		
calcolo coefficienti di variazione MeS: Il Coefficiente di Variazione è un indice di variabilità definito dal rapporto fra deviazione standard e media. A valori maggiori del coefficiente di variazione corrisponde una dispersione maggiore delle osservazioni Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Al momento l'indicatore non è calcolabile														
P33O03	<u>Condividere e rendere omogeneo a livello di area vasta il limite di età del paziente considerato "pediatrico" in ambito di ricovero</u>	i-P33O03 Predisposizione di un documento di appropriata assegnazione e modalità di presa in carico in base a patologia	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura di "ISTRUZIONE OPERATIVA": Definizione di età evolutiva ai fini assistenziali														
P33O04	<u>Condivisione procedure e buone pratiche</u>	i-P33O04 Definizione ed adozione di un protocollo di passaggio del paziente diabetico da minore ad adulti	> si/no prendendo spunto da situazioni dove c'è già come a Livorno	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Stesura Procedura operativa: "La Transizione dal Centro Diabetologico Pediatrico al Centro diabetologico dell'Adulto"														
		i-P33O04a Condivisione di almeno 2 PDTA a livello aziendale	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / 1- Procedura prevenzione streptococco; 2- Procedura trattamento ipoglicemia														
		i-P33O04b Standardizzazione moduli rilevazione consenso informato	> si/no	0,00	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	3,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Redazione 6 moduli di consenso														
P33O05	<u>Sviluppare azione formativa e conferenza di consenso per la riduzione del tasso di tonsillectomia</u>	i-P33O05 Definizione pdta condiviso tra otorini e pediatri	> si/no Otorino AQUP indicazioni di intervento di tonsillectomia	0,00	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Definito PDTA														
P33O06	<u>Rete specialistica pediatrica</u>	i-P33O06 Definizione di una documento di individuazione dei poli della rete e delle procedure di presa in carico entro il 30/06	> si/no vedi vecchio documnto non c'è altro	0,00	1,00	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Inviato PAV e riferimento a indirizzi PAV, non contestualizzato in ATNO														
P33O07	<u>Omogeneizzazione dello standard del "neonato patologico" (collegato a criticità C7.7)</u>	i-P33O07 Definizione procedura entro il 30/06	> si/no vedi vecchio documnto non c'è altro	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Elaborazione proposta standardizzazione codifiche diagnosi e procedure														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

5 - Obiettivi QUALITA'												15,0	14,8	
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 ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								cts	
<hr/>														
		Q01a	> %.	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 ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								cts	
<hr/>														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3,0	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)								cts	
<hr/>														
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,0	12	81,54	-8	-9%	91%	1,8	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
<hr/>														
		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)		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)								cts	
<hr/>														
		Q04	> %		60,00	2,0	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)		Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)								cts	

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_51L5

PEDIATRIA (112)

Totale pesì

100,0

94,0

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)