

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2016

DRO

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Responsabile: Grazia Luchini

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.

DRO

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Responsabile:

Macrostruttura

DRO DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Grazia Luchini

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

8,2

7,9

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,60	0,60	0,4	12	0,66	0	10%	100%	*	0,4	M	cts
		Percentuali morti encefaliche individuate	Anno 2014. Budget da definire				Ausl NO								
		B6.1.2	> %.	60,00	50,00	0,4	12	54,55	5	9%	100%	3 *	0,4		
		Percentuali donatori procurati	Anno 2014. Budget da definire				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,4	12	85,00	5	6%	100%	3 *	0,4	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare				fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202								cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	4,3	12	99,38	1	1%	100%	5 *	4,3		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	0,4	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,4	M	
		Qualità del flusso informativo SDO					Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,4	12	36,33	-54	-60%	20%	2 *	0,1		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi					Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
		B8.4.13	> N.		90,00	0,4	12	98,28	8	9%	100%	*	0,4		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) asl 202 (media ex asl)								cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,4	12	69,85	-10	-13%	100%	3 *	0,4	M	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso > 80%; completezza del registro operatorio > 95%				assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.								
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,4	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,4	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	consuntivo da verificare				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
		B8.8.2	> %	98,97	90,00	0,4	12	98,71	9	10%	100%	5 *	0,4		
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)	consuntivo da verificare				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

22,5

18,0

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C	Valutazione sanitaria	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0,4	12	5,30	-3	-34%	100%	2 *	0,4	M
			Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,13	10,13	1,7	12	9,71	0	-4%	100%	*	1,7	M
			Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - ATNO									
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,16	120,00	0,4	12	134,50	15	12%	50%	4 *	0,2	M
			consuntivo da verificare		fonte dati datawarehouse ATNO livello di calcolo asl - ATNO									
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,00	7,31	0,4	12	8,98	2	23%	31%	3 *	0,1	M
			consuntivo da verificare		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO									
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,4	12	0,55	0	2%	20%	2 *	0,1	cio
			Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO									
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	6,03	0,00	0,4	12	6,31	6	63134 3%	50%	vr 5 *	0,2	
			fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo Presidio ATNO		fonte dati DWH ATNO, livello di calcolo ATNO									
			valutazione di parziale raggiungimento obiettivo (RF: 2017-11-05)											
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,35	2,02	0,4	12	2,50	0	24%	30%	3 *	0,1	cio
			Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO									
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,4	12	85,71	9	12%	100%	3 *	0,4	
			Gen-Ago 2015		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	60,72	55,00	1,3	12	62,66	8	14%	100%	0 *	1,3	M cio
			aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO									
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	71,58	63,00	1,3	12	71,25	8	13%	100%	0 *	1,3	cio
			consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO									
		C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	82,08	87,57	1,3	12	81,30	-6	-7%	20%	2 *	0,3	cio cts
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO									
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	89,76	96,06	0,4	12	87,31	-9	-9%	20%	2 *	0,1	cio cts
			consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016		Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	66,41	75,36	0,4	12	67,14	-8	-11%	38%	3 *	0,2	M
Gen-Ago 2015 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,30	1,94	0,4	12	2,30	0	19%	30%	3 *	0,1	
Consuntivo 2015 Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
		C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	28,55	9,23	0,4	12	16,43	7	78%	93%	3 *	0,4	M
consuntivo 2015 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	-0,12	0,10	1,3	12	-0,13	0	-230%	100%	2 *	1,3	M
Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,18	0,40	2,2	12	0,34	0	-16%	100%	2 *	2,2	
Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	67,28	60,86	0,4	12	69,84	9	15%	40%	4 *	0,2	
consuntivo da verificare fonte dati datawarehouse ATNO livello di calcolo asl - ATNO														
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	92,73	94,08	0,4	12	89,87	-4	-4%	40%	4 *	0,2	
Gen-Ago 2015 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	72,23	84,02	0,0	12					4 *		
consuntivo da verificare Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	79,70	80,10	2,2	12	81,22	1	1%	100%	4 *	2,2	M
consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016 Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	63,85	64,86	0,4	12	71,21	6	10%	100%	4 *	0,4	M
Anno 2014. Budget da definire Dato 2015 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale														
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.		1.074,00	0,9	12	1.054,00	-20	-2%	100%	4 *	0,9	
sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIREZIONE RETE OSPEDALIERA														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.		2.172,00	0,9	12	2.080,00	-92	-4%	100%	5 *	0,9	
sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della DIREZIONE RETE OSPEDALIERA														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
-----	-----------------	--------	---	------	-------	-------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.525.754,96	2.500.497,41	15,0	12	2.806.946,12	306.449	12%	30%	3*	4,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA				verifica del 2017-09-08 cdg H - sommatoria dei valori delle UU.OO.						cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	> si/no		1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)						tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)						
		RT18	> si/no		1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		1,1	
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).						valutaz. 2017-11-05						
		RT3	> si/no		1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3	
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)						valutaz. 2017-11-05						
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no		0,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%		2,3	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale						assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27						cts

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

11,3

9,3

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P48O01	<u>Analisi dei modelli organizzativi di implementazione dell'intensità di cura nei PO della rete e proposte innovative</u>	I-P48O01 a) Presentazione di un documento descrittivo dei modelli organizzativi in essere entro Giugno 2016 b) Stesura di un documento descrittivo del modello a regime entro Dicembre	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,1	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario															
P48O02	<u>Proposta di riorganizzazione dell'offerta assistenziale negli ospedali della rete in ottemperanza al DM n. 70/2015 e sulla base della valutazione dell'ottimizzazione di risorse relative alle concessioni, relative al PO S.Luca e al PO delle Apuane</u>	I-P48O02 a) Presentazione "Relazione analitica sui volumi di attività" entro Giugno 2016b) Proposta di ottimizzazione dei volumi di attività anche in riferimento al livello minimo garantito da PEF entro Dicembre	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' stata realizzata la relazione analitica sui servizi non sanitari; manca la proposta di ottimizzazione sui volumi di attività															
P48O03	<u>Analisi descrittiva dei PO delle rete aziendale e riallineamento dei codici di disciplina per stabilimento e per presidio ai modelli ministeriali</u>	I-P48O03 Produzione del documento definitivo entro Giugno	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è presente il documento ma dal modello HSP inviato si evince che l'allineamento dei codici c'è stato e quindi si considera raggiunto l'obiettivo															
P48O04	<u>accesso in Area Chirurgica solo tramite preospedalizzazione o da PS</u>	I-P48O04 100% dei ricoveri "urgenti" per discipline chirurgiche proviene da P.S.	> %	0,00	1,00	2,3	12	0,88	0	-12%	88%	*	2,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: indicatore calcolato per chirurgia generale, vascolare, neurochirurgia, ortopedia, oculistica, otorino, urologia; dati 2016 ATNO: 11446 ricoveri disposti dal PS/13028 ricoveri urgenti: 88%. Disponibili i dati per singola disciplina e ex Asl															
P48O05	<u>analisi posti letto per Area Medica per Presidio e Stabilimento (rispetto agli accessi al PS)</u>	I-P48O05 da definire	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / inviato documento															

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE

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

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

						2,3									2,3
P04O01	<u>Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro: > di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche); >30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.</u>	i-P04O01 a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipages															

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

						2,3									1,7
P12O01	<u>Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria</u>	i-P12O01 a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	> %	0,00	1,00	2,3	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,7	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.															

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche), accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01 a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														
		i-P09O02 Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno	> %	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato														

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01 Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
	Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01a Sudio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)	> si/no	0,00	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % 60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)	60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2		
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														
ES	Esiti delle cure	Q05 Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	< N. / si	16,92	16,91	0,0	12	15,27	-2	-10%	100%	*	0,0	M
Non assegnati obiettivi specifici al CdR, si propone indicatore Non Valutabile con annullamento del peso e redistribuzione negli altri indicatori dell'area														
		Q06 Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	> % / si		1,00	3,7	12	0,52	0	-48%	52%	*	1,9	
verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

DRO

**DIREZIONE RETE
OSPEDALIERA**

Totale pesi 100,0

80,4

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

DROA

DIREZIONE DI PRESIDIO APUANE-PONTREMOLI-FIVIZZANO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FDP2166 DIREZIONE SANITARIA P.O. APUANE (101)

GIULIANO BISELLI

1 - Obiettivi MeS

26,0

20,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,6

4,2

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 - 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 - 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 - 0,95												
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,6	12	36,33	-54	-60%	20%	2 *	0,1		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	0,9 - 0,9												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,6	12	98,40	8	9%	100%	*	0,6		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 - 0,9												cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,6	12	94,10	14	18%	100%	3 *	0,6	M	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95% - completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%												
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,6	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,6	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	0,9 - 0,9												
		B8.8.2	> %	98,97	90,00	0,6	12	98,71	9	10%	100%	5 *	0,6		
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)	0,9 - 0,9												
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA															
						19,1							14,3		
C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	7,62	0,6	12	5,59	-2	-27%	100%	2 *	0,6	M	
		Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	7,2 - 7,61787228186072												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	139,69	120,00	0,6	12	125,27	5	4%	100%	5	0,6	M
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane													
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	0,0731 - 0,0741030934549007	7,41	0,6	12	8,56	1	16%	30%	3	0,2	
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane															
C14	Appropriatezza medica	C8b.2	Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,68	0,6	12	0,74	0	8%	0%	1	0,0	cio
		non superiore a valore 2015 - 0,683082431692204													
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane													
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C14.2	% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,6	12	0,00	0	-100%	100%	5	0,6	
		fonte dati Dwh ATNO, livello di calcolo DIREZIONE SANITARIA P.O. APUANE (101)													
		Presidio SS. Giacomo e Cristoforo Massa													
		C14.4	% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	0,0161 - 0,0167370923627183	1,67	1,2	12	2,08	0	24%	30%	3	0,3	cio
		Dato 2016 - Ospedale delle Apuane													
				C4.9	DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	75,29	1,2	12	75,36	0	0%	100%	2
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane															
		C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	0,8088 - 0,876492978340762	87,65	0,6	12	76,39	-11	-13%	100%	2	0,6	cio
		Dato 2016 - Ospedale delle Apuane													
				C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	100,00	85,33	0,6	12	79,65	-6	-7%	20%	2
DATO 2015 - Ospedale delle Apuane Dato 2016 - Ospedale delle Apuane															
				C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	100,00	89,65	0,6	12	86,28	-3	-4%	30%	3
		DATO 2015 - Ospedale delle Apuane Dato 2016 - Ospedale delle Apuane													
				C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	0,9606 - 0,991286354829781	99,13	0,6	12	98,59	-1	-1%	100%	5
Dato 2016 - Ospedale delle Apuane															
				C16.7	% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	0,7391 - 0,68382431372549	68,38	0,6	12	61,64	-7	-10%	100%	2
		Dato 2016 - Ospedale delle Apuane													
		C17	Riabilitazione	C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,99	1,45	0,6	12	2,60	1	79%	100%	2
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane															
- calcolato tasso grezzo in base a zone di riferimento della struttura															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C17	Riabilitazione	C17.1.3	< %.	28,55	0,08	0,6	12	16,43	16	20459 %	73%	3 *	0,4	M
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero		0,0923 - 0,0799										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,72	0,6	12	-0,39	0	-47%	84%	3 *	0,5	cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - - 0,721204637096774									cts	\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
		C2a.M	< N.	0,22	0,6	12	0,20	0	-9%	100%	2 *	0,6	cio	
		Indice di performance degenza media - DRG Medici		Valore 2016 non superiore a Valore 2015 - 0,217124289195776									cts	\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	74,44	60,86	0,6	12	92,89	32	53%	30%	3 *	0,2	
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti		60,86 - 79,6114801121359										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Apuane
		C4.12	> %.	92,85	1,2	12	82,45	-10	-11%	100%	3 *	1,2		
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		0,9306 - 0,928508695652174										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
		C4.7	> %.	0,00	84,86	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		0,8256 - 0,8486										\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	0,80	0,6	12	82,23	81	10183 %	100%	4 *	0,6	cio	
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		0,801 - 0,799643668122271									cts	\ Dato 2016 - Ospedale delle Apuane \ \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.5.3	> N.	0,79	0,0	12						*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		>=85 - da definire									cts	Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.4	> N.	0,68	0,0	12						*		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		>=85 - da definire									cts	Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	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		>=80 - da definire									cts	\ \ \ \ 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		>=75 - da definire									cts	\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N. >=90 - da definire	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
													cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % >=3 - da definire	2,42	1,2	12	2,66			100%	3	1,2	cio
													cts
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %. 162,1 - 199,877918242135	237,71 159,80	0,6	12	353,37	194	121%	0%	0	0,0	
		C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %. 0,1683 - 0,2	20,00	0,6	12	20,41	0	2%	30%	3	0,2	cio
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< % 0,053 - 0,0495	0,05	0,6	12	7,32	7	14688 %	20%	2	0,1	

1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA

D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	> N. % utenti poco e per nulla soddisfatti <5% - % utenti poco e per nulla soddisfatti <5%	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	< % 0,031 - 0,0299397604568502	0,03	0,6	12	4,52	4	14997 %	0%	1	0,0	

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. 6,77 - 6,95	8,24 6,95	0,0	12					0		cio
													cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00 799,00	1,2	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,2	M cio
													cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	277.404,74	274.630,69	10,0	12	652.251,00	377.620	138%	100%	vr	3	10,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015(salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico): non comprende la distribuzione diretta -	verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts	

è necessario verificare le voci incluse, per vedere se tutte sono gestite effettivamente dalle UO della Rete e se quindi possono essere imputate alla nostra gestione. NB - nel confronto sul precedente budget 2015 erano state contestate voci come "consumo"

Euro02	< €.	1,00	2,0	12				100%	vr		2,0
Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	-							valutaz. 2017-11-05: obiettivo valutato a livello complessivo			

Allegato 11 e 12

Euro03	< N.	1.860.969.438	1.842.359.744,18	3,0	12	1.876.367.955,2	34.008.211	2%	100%	vr		3,0
Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)			,57						il budget è pari al 2015 - 1% - La verifica del rispetto del budget è stata fatta a livello complessivo aziendale a causa della trascodifica dei conti tra 2015 e 2016 che in alcuni casi non permette una corretta attribuzione al gestore dei fattori. La valutazione tiene conto del fatto che pur non avendo rispettato complessivamente l'obiettivo (dati aggiornati al 2017-09-30) il monitoraggio è stato definito nel 2016, che quindi è stato un anno di impostazione del sistema, ed entra a regime a partire dal 2017			

Allegato 11 e 12

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali:</u> <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %	0,00	90,00	4,0	12	56,41	-34	-37%	63%		2,5	M	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)		uniformazione alla miglior performance aziendale -			% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di DIREZIONE SANITARIA P.O. APUANE (101)								

RT14	> si/no	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%			1,0
Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	n. branche specialistiche riorganizzate > 3 (chirurgiche) -			tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)							

RT18	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	vr	1,0	M
Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	Accesso alle liste operatorie dei pazienti oncologici solo previa valutazione GOM sulla base di apposito elenco predisposto dalla Direzione Sanitaria: Verifica delle liste operatorie su Ormaweb - valutaz. 2017-11-05											

Vedi Allegato 8

4 - Ob Az:				42,4								42,4
------------	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	------

<u>cod ob (da definire)</u>	<u>descrizione obiettivo (da definire)</u>	IR200	> si/no	0,00	1,00	10,1	12	1,00	0	0%	100%	vr	*	10,1	M
		Riorganizzazione del Percorso chirurgico ed aggiornamento della procedura in atto - aggiornamento procedura operativa -		aggiornamento procedura operativa -			valutaz. 2017-11-05								

Vedi Allegato 2

IR201	> si/no	0,00	1,00	10,1	12	1,00	0	0%	100%	vr	10,1	M
Riorganizzazione del Percorso chirurgico ed aggiornamento della procedura in atto - numeri di incontri con i professionisti > 5 -												
numeri di incontri con i professionisti > 5 - valutaz. 2017-11-05												

Vedi Allegato 2

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

IR amm	Amministrazione	emerso al budget Area Amministrativa	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M				
		GESTIONE ACCOCCOGLIENZA SERVIZI SANITARI: Gestione Procedura Totem: Redazione procedura condivisa con Zone e DMPO	Invio procedura entro il ... -		valutaz. 2017-11-05													
		IR036	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	vr	5,0	M				
		Attività gestione servizi in concessione OA - Analisi del trend dei servizi a minimo garantito e formulazione di proposte per la riorganizzazione delle attività sanitarie aziendali -	Analisi del trend dei servizi a minimo garantito e formulazione di proposte per la riorganizzazione delle attività sanitarie aziendali -		valutaz. 2017-11-05													
		Allegato 1																
		IR037	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	vr	5,0	M				
		Attività gestione servizi in concessione OA - Analisi e revisione dei PTO -	Analisi e revisione dei PTO -		valutaz. 2017-11-05													
		Allegato 1																
		IR038	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	vr	5,0	M				
		Attività gestione servizi in concessione OA - Relazioni mensili sull'andamento dei servizi in concessione -	Relazioni mensili sull'andamento dei servizi in concessione -		valutaz. 2017-11-05													
		Allegato 3																
		IR039	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	vr	5,0	M				
		Attività gestione servizi in concessione OA - Revisione del manuale operativo della concessione -	Revisione del manuale operativo della concessione -		valutaz. 2017-11-05													
		Allegato 4																
IR anticor	Anticorruzione	IR020	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M				
		Anticorruzione: rispetto normativa anticorruzione (allegato 1)	rispetto obiettivi contenuti nel piano -		VERIFICHE IN CORSO DA PARTE DEL RESP. ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA													
4 - Ob Az: D.M.P.O.						2,0								2,0				
P48O03	Analisi descrittiva dei PO delle rete aziendale e riallineamento dei codici di disciplina per stabilimento e per presidio ai modelli ministeriali	I-P48O03	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M				
		Produzione del documento definitivo entro Giugno	Produzione del documento definitivo entro Giugno 2016 -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è presente il documento ma dal modello HSP inviato si evince che l'allineamento dei codici c'è stato e quindi si considera raggiunto l'obiettivo													
P48O05	analisi posti letto per Area Medica per Presidio e Stabilimento (rispetto agli accessi al PS)	I-P48O05	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	M				
		da definire	Invio analisi alla Direzione Aziendale entro giugno 2016 -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / inviato documento													
4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE						0,5								0,5				
P16O01	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16O01	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		0,5	M				
		Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno	Monitoraggio applicazione procedura entro dic 2016 alla Direzione Sanitaria -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio													
4 - Ob Az: RADIOLOGIA						1,0								1,0				
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01	> %	0,00	1,00	1,0	12	0,75	0	-25%	100%	vr	1,0	M				
		a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5	Monitoraggio applicazione procedura entro dic 2016 alla Direzione Sanitaria -		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.													
						Vedi Allegato 5												
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA						2,0								2,0				

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	0,7	12	0,00	-3	-100%	100%	vr	3	*	0,7	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbal di tre incontri -	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)									
						Vedi Allegato 6									
		Q03	> %	100,00	0,7	12	100,00	0	0%	100%		*	0,7		
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) -	UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)									
		Q04	> %	60,00	0,7	12	60,00	0	0%	100%		*	0,7		
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) -	Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)									
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	16,56	16,55	1,5	12	14,53	-2	-12%	100%		*	1,5	M
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			/ si	BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Osp. Massa -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS									
		Q06	> %	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5		
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)			/ si	verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSe ARS									

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Valutazione

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FDP
2166

**DIREZIONE SANITARIA P.O.
APUANE (101)**

Totale pesì 100,0

92,7

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

UO/UF

101 1HDP918

S.S.D. PSICOLOGIA OSPEDALIERA (101)

ANNA LALLI

1 - Obiettivi MeS

2.0

2.0

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,0

2,0

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza	6,77 - 6,95				obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità. il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							cts

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

10.0

10.0

2 - Obiettivi ECONOMICI

10,0

10,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	0,00	10,0	12	0,00	0	-100%	100%	3	10,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015(salvo che nel 2015 ci sia uno sforamento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico): non comprende la distribuzione diretta -			valutaz. 2017-11-05							cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

73.0

73.0

4 - Ob Az:

73,0

73,0

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplicizzazione - 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									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<u>cod ob (da definire)</u>	<u>descrizione obiettivo (da definire)</u>	IR014	> si/no	0,00	1,00	20,1	12	1,00	0	0%	100%	*	20,1	M
		Analisi delle competenze tecnico relazionali delle PO e dei Caposala in vista della formazione al ruolo di leader insieme ai Direttori/Responsabili di struttura	Stesura relazione finale -				valutaz. 2017-11-05							
<u>IR amm</u>	<u>Amministrazione</u>	IR076	> si/no	0,00	1,00	20,1	12	1,00	0	0%	100%	*	20,1	M
		Condivisione di nuove metodologie di valutazione e verifica del personale sanitario rispetto alle competenze tecnico relazionali con i tavoli sindacali	Avvio contrattazione sindacale -				valutaz. 2017-11-05							
		IR149	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	*	6,0	M
		Organizzazione e realizzazione di due corsi di Management per i direttori/Responsabili di struttura	3 corsi -				valutaz. 2017-11-05							
		IR171	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	*	6,0	M
		Presentazione dell'attività della struttura ai Direttori/Responsabili di struttura in base alla nuova organizzazione aziendale	3 corsi -				valutaz. 2017-11-05							
<u>IR anticor</u>	<u>Anticorruzione</u>	IR020	> si/no	0,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%	*	0,3	M
		Anticorruzione: rispetto normativa anticorruzione (allegato 1)	rispetto obiettivi contenuti nel piano -				VERIFICHE IN CORSO DA PARTE DEL RESP. ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA							
<u>IR for</u>	<u>Formazione</u>	IR107	> si/no	0,00	1,00	20,1	12	1,00	0	0%	100%	*	20,1	M
		Intervento in area critica sulle criticità relazionali sul personale con obiettivo dell'integrazione e costruzione del lavoro di squadra	Somministrazione del test sul clima organizzativo prima e dopo l'intervento -				valutaz. 2017-11-05							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	4,5	12	4,00	1	33%	100%	3	*	4,5	cio	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali di tre incontri -				valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - / numero verbali inviati al Controllo di gestione al 2017-08-03 (personale medico)								cts
		Q03	> %	100,00	4,5	12	100,00	0	0%	100%		*	4,5	cio	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) -				UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)								cts
		Q04	> %	60,00	6,0	12	60,00	0	0%	100%		*	6,0	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

101_1HDP
9187

**S.S.D. PSICOLOGIA
OSPEDALIERA (101)**

Totale pesi 100,0

100,0

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

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

DROE

DIREZIONE DI PRESIDIO CECINA-PIOMBINO- PORTOFERRAIO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

106_HC01DP
O

DIREZIONE SANITARIA P.O. CECINA (106)

GIOVANNA POLISENO

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,2

7,2

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	0,4	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,4	M	cio
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	4,5	12	99,38	1	1%	100%	5*	4,5	cio	
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	96,66	95,00	0,4	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,4	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	38,25	90,00	0,4	12	99,00	9	10%	100%	2*	0,4	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
per il po di cecina quasi tutti i codici correttamente inseriti																
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,4	12	96,33	6	7%	100%		0,4	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 opertorio>95%																
assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.																
fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)																
		B8.4.7	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	> N.	87,18	90,00	0,4	12	91,66	2	2%	100%	3*	0,4	M	
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
		B8.8.2	Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)	> %	98,97	90,00	0,4	12	98,71	9	10%	100%	5*	0,4		
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA																
23,3																
18,4																
C	Valutazione sanitaria	C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90	8,00	0,4	12	3,91	-4	-51%	100%	4*	0,4	M	
Gen-Ago 2015																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	1,8	12	10,20	0	-3%	100%	1,8	M	
				Valore 2016 < Valore 2015 (decr 6377)										
		C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	133,64	120,00	0,4	12	113,09	-7	-6%	100%	5	M	
				consuntivo da verificare										
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	6,61	7,31	0,4	12	8,55	1	17%	30%	3		
				consuntivo da verificare										
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,4	12	0,44	0	-19%	100%	4	M	cio
				Gen-Ago 2015										
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,4	12	0,00	0	-100%	100%	1		
				fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo Presidio Civile Cecina (LI)										
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	4,69	2,02	0,4	12	1,93	0	-4%	100%	3	M	cio
				Gen-Ago 2015										
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,4	12	81,82	5	7%	100%	3		
				Gen-Ago 2015										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	59,28	60,00	1,3	12	58,52	-1	-2%	0%	0		cio
				aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%										
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	54,71	58,00	1,3	12	55,02	-3	-5%	9%	0	M	cio
				consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%										
		C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	75,97	87,57	1,3	12	78,42	-9	-10%	41%	2	M	cio cts
				consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016										
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	84,83	96,06	0,4	12	84,69	-11	-12%	20%	2		cio cts
				consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016										
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	78,19	75,36	0,4	12	83,66	8	11%	100%	5	M	
				Gen-Ago 2015										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,84	1,94	0,4	12	3,05	1	57%	20%	2 *	0,1	
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina
		C17.1.3	< %.	13,41	9,23	0,4	12	6,35	-3	-31%	100%	4 *	0,4	M
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	consuntivo 2015											DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,61	-0,61	1,3	12	-0,56	0	-8%	90%	vr 3 *	1,2	cio cts
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \
														A tale proposito si precisa che la degenza media per i DRG chirurgici riferita al PO risulta essere di 5,23 nel 2016 (rispetto a 5 del 2015). Tale incremento in particolare risulta per la UO medicina che nel 2015 ha dimesso 26 casi con una DM pari a 18,12 e nel 2016 ha avuto 22 ricoveri con una DM pari a 24,41. Per i casi in questione, soggetti di età avanzata con pluripatologie correttamente seguiti dopo l'intervento dagli specialisti internisti, non era possibile la dimissione con i valori di DM di tipo chirurgico. Ciò premesso, considerato anche che tale obiettivo non risulta essere presente nella scheda della UO medicina, si propone un raggiungimento dell'obiettivo pari al 90%
		C2a.M	< N.	1,64	0,80	2,2	12	0,54	0	-33%	100%	2 *	2,2	M cio cts
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	88,56	60,86	0,4	12	109,22	48	79%	20%	2 *	0,1	
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	consuntivo da verificare											dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina
		C4.12	> %.	83,92	94,08	0,4	12	92,67	-1	-1%	100%	4 *	0,4	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 \ \ \ \
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	87,03	87,03	2,2	12	89,78	3	3%	100%	5 *	2,2	M cio cts
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016											DATO 2015 - Osp. Cecina \ Dato 2016 - Osp. Cecina \ \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4	> N.	63,85	64,86	0,4	12	71,21	6	10%	100%	4 *	0,4	M
		Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	Anno 2014. Budget da definire											\ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale
		C6.2.1	> %.		36,00	0,9	12	58,00	22	61%	100%	4 *	0,9	cio cts
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIREZIONE SANITARIA P.O. CECINA (106)
		C6.2.2	> N.		72,00	0,9	12	106,00	34	47%	100%	5 *	0,9	cio cts
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)												dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIREZIONE SANITARIA P.O. CECINA (106)

C6c	Rischio Clinico	C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12												
				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	0,4	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,4			
				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	0,4	12	99,20	24	32%	100%	5	*	0,4			
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO														
				C6.5.7	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67	90,00	0,4	12	90,00	0	0%	100%		*	0,4	M		
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		valutaz. 2017-11-05														
				C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,4	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,4			
				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	0,4	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,4	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	0,4	12	231,17	71	45%	100%	vr	3	*	0,4				
				Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Ba. Val di Cecina														
				- per produttori valutato in base a produzione/popolazione->non raggiunto da ex 101 e 112																
				C7.1	% parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	19,87	16,00	0,4	12	16,97	1	6%	100%	4	*	0,4	M		
				Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Cecina Dato 2016 - Osp. Cecina														
				C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< %	2,62	4,04	0,4	12	3,56	0	-12%	100%	4	*	0,4			
				consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Cecina Dato 2016 - Osp. Cecina														
I - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA							2,2											2,2		
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	< %	4,80	4,00	2,2	12	3,60	0	-10%	100%	2	*	2,2			M		
				DATO 2015 - Osp. Cecina Dato 2016 - Osp. Cecina																

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA													2,2				2,2	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*					
			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere					obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										
			E3	< %.	815,00	799,00	2,2	12	796,00	-3	0%	100%		2,2	M			
			Tasso di infortuni dei dipendenti					i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO										
2 - Obiettivi ECONOMICI													15,0				15,0	
2 - Obiettivi ECONOMICI													15,0				15,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	138.839,81	137.451,41	15,0	12	67.116,01	-70.335	-51%	100%	3*	15,0	M			
			tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA					verifica del 2017-09-08 cdg H -										
3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI													35,0				31,1	
3 - Obiettivi REGIONALI													12,9				9,9	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	3,7	12	0,20	-1	-80%	20%		0,7				
								tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)										
			RT18	> si/no	1,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8				
			Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).					valutaz. 2017-11-05										
			RT3	> si/no	1,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7				
			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										
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	M			
								assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27										
4 - Ob Az: ORTOPEDIA													3,7				3,7	

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro: > di 60 protesi d'anca (1° impianto più traumatiche); > 30 protesi di ginocchio; > 10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno; b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca). Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipages														

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,8	M
a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno; b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5 Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49. Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.														

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

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

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
	Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01a	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Sudio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare) Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	7,3	12	4,00	1	33%	100%	3*	7,3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts
		Q03	> %	100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%		1,5	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts
		Q04	> %	60,00	1,5	12	60,00	0	0%	100%		1,5	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0,0	12							
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	/ si										
		Q06	> %	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%		1,0	
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	/ si										

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HC01	DIREZIONE SANITARIA P.O.	Totale pesi		90,3	
DPO	CECINA (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)

UO/UF

106_HE01DPO U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. PORTOFERRAIO (106)

IRIO GALLI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,6

7,2

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,5	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,5	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES											cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	4,7	12	99,38	1	1%	100%	5 *	4,7		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		consuntivo da verificare											cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,5	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,5	M	
		Qualità del flusso informativo SDO													
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,5	12	36,33	-54	-60%	20%	2 *	0,1		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi													
		B8.4.13	> N.		90,00	0,5	12	96,33	6	7%	100%		0,5		cio
		Qualità del flusso informativo SPA													cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3 *			cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		completezza percorso > 80%; completezza del registro operatorio > 95%											
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,5	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,5	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)		consuntivo da verificare											
		B8.8.2	> %	98,97	90,00	0,5	12	98,71	9	10%	100%	5 *	0,5		
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)		consuntivo da verificare											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,6

20,0

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	8,00	0,5	12	6,78	-1	-15%	100%	0 *	0,5	M	
		Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		Gen-Ago 2015											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	1,9	12	10,20	0	-3%	100%	1,9	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									
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	11,18	7,31	0,5	12	13,15	6	80%	0%	0	0,0
		consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \									
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,5	12	0,47	0	-13%	100%	3	0,5
		Gen-Ago 2015		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 Presidio Civile Elbano Portoferraio (LI)		fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. PORTOFERRAIO (106)									
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	3,77	2,02	0,5	12	2,47	0	22%	100%	3	0,5
		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \									
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,5	12	41,94	-35	-45%	0%	0	0,0
		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	85,89	80,88	1,4	12	88,66	8	10%	100%	5	1,4
		aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \									
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	82,92	80,75	1,4	12	85,09	4	5%	100%	3	1,4
		consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \									
		C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	91,18	89,20	1,4	12	91,46	2	3%	100%	4	1,4
		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \									
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	98,67	98,61	0,5	12	97,67	-1	-1%	50%	5	0,2
		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \									
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	29,17	75,36	0,5	12	26,72	-49	-65%	0%	0	0,0
		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,33	1,94	0,5	12	2,68	1	38%	30%	3 *	0,1	
				Consuntivo 2015										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba
		C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	28,55	9,23	0,5	12	16,43	7	78%	93%	3 *	0,4	M
				consuntivo 2015										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,37	0,10	1,4	12	-0,70	-1	-803%	100%	3 *	1,4	M
														DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,33	-0,33	2,4	12	-0,11	0	-67%	30%	3 *	0,7	M
														DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	88,56	60,86	0,5	12	58,34	-3	-4%	100%	5 *	0,5	M
				consuntivo da verificare										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	93,91	94,08	0,5	12	86,64	-7	-8%	40%	4 *	0,2	M
				Gen-Ago 2015										DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	87,59	84,02	0,0	12					5 *		M
				consuntivo da verificare										DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	68,18	80,10	2,4	12	76,92	-3	-4%	100%	3 *	2,4	M
				consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016										DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	63,85	64,86	0,5	12	71,21	6	10%	100%	4 *	0,5	M
				Anno 2014. Budget da definire										\ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.		18,00	0,9	12	27,00	9	50%	100%	4 *	0,9	M
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. PORTOFERRAIO (106)
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.		36,00	0,9	12	35,00	-1	-3%	100%	5 *	0,9	M
														dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. PORTOFERRAIO (106)
		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							M
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016										Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.5.4	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12											
		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																	
		C6.5.5	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,5	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,5				
		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo 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																	
		C6.5.7	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67	90,00	0,5	12	90,00	0	0%	100%		*	0,5		M		
		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016																	
		valutaz. 2017-11-05																	
		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		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	0,5	12	180,66	21	13%	100%	vr	4	*	0,5		M	
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Elba																	
		- per produttori valutato in base a produzione/popolazione->non raggiunto da ex 101 e 112																	
		C7.1	% parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	10,00	16,00	0,5	12	14,46	-2	-10%	100%	4	*	0,5				
		Gen-Ago 2015																	
		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. 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		M		
		consuntivo da verificare																	
		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \																	
1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA																			
2,4																			
0,6																			
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	< %	3,91	3,00	2,4	12	3,86	1	29%	25%	2	*	0,6		M		
		DATO 2015 - Osp. Elba \ Dato 2016 - Osp. Elba \ \ \ \																	
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA																			
0,5																			
0,5																			

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	170.902,94	169.193,91	15,0	12	172.537,93	3.344	2%	100%	vr	3	15,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA	verifica del 2017-09-08 cdg H -										cts	
		RF: importo di scostamento contenuto entro 5.000€ oppure 1% e peso elevato dell'indicatore; si considera raggiunto (2017-11-05)													

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

31,1

3 - Obiettivi REGIONALI

12,9

9,9

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	> si/no		1,00	3,7	12	0,20	-1	-80%	20%		*	0,7	
		tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)													
		RT18	> si/no	1,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*	1,8	
valutaz. 2017-11-05															
		RT3	> si/no	1,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	
sospeso in attesa di definizione regionale															
valutaz. 2017-11-05															
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	M
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

3,7

3,7

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro: > di 60 protesi d'anca (1° impianto più traumatiche); > 30 protesi di ginocchio; > 10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
				a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno; b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipages								

4 - Ob Az: RADIOLOGIA	3,7	2,8
-----------------------	-----	-----

P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,8	M
				a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno; b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49. Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.								

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

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

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

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
				Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /								
<hr/>														
	Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01a	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
				Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /								

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

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

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	7,3	12	4,00	1	33%	100%	3	* 7,3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts
		Q03	> %	100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%		* 1,5	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts
		Q04	> %	60,00	1,5	12	60,00	0	0%	100%		* 1,5	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	0,0	12						*	
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	/ si										
		Q06	> %	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%		* 1,9	
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	/ si										

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HE01	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA	Totale pesi		89,4	
DPO	P.O. PORTOFERRAIO (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)

UO/UF

106_HP01DPO DIREZIONE SANITARIA P.O. PIOMBINO (106)

IRIO GALLI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,2

7,2

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,4	12	86,83	7	9%	100%	3 *	0,4	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES											cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	4,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	4,5		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)		consuntivo da verificare											cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,4	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,4	M	
		Qualità del flusso informativo SDO													
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,4	12	97,50	8	8%	100%	2 *	0,4	M	
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi													
		B8.4.13	> N.		90,00	0,4	12	96,33	6	7%	100%		0,4		cio
		Qualità del flusso informativo SPA													cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3 *			cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato		completezza percorso > 80%; completezza del registro operatorio > 95%											
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,4	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,4	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)		consuntivo da verificare											
		B8.8.2	> %	98,97	90,00	0,4	12	98,71	9	10%	100%	5 *	0,4		
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)		consuntivo da verificare											

fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

Per il P.O. di Piombino risulta che i codici cui sopra NON sono inseriti in 131 c. su 5189

fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 106

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)

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

23,3

14,5

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	8,00	0,4	12	4,02	-4	-50%	100%	4 *	0,4	M	
		Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		Gen-Ago 2015											

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2 % fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)	< %.	10,47	10,47	1,8	12	10,20	0	-3%	100%	1,8	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	0,4	12	121,93	2	2%	100%	0,4	M
		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia									
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,16	7,31	0,4	12	7,42	0	2%	100%	0,4	M
		consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \									
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54	0,54	0,4	12	0,40	0	-26%	100%	0,4	M
		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia									
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica	< %	0,00	0,00	0,4	12	0,00	0	-100%	100%	0,4	
		fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo Presidio Civile Piombino (LI)		fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo DIREZIONE SANITARIA P.O. PIOMBINO (106)									
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,07	2,02	0,4	12	3,01	1	49%	20%	0,1	cio
		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \									
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57	76,45	0,4	12	70,49	-6	-8%	20%	0,1	
		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Val di Cornia									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	71,74	80,00	1,3	12	70,19	-10	-12%	0%	0,0	cio
		aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%		DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \									
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	75,19	80,75	1,3	12	73,36	-7	-9%	0%	0,0	cio
		consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%		DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \									
		C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	87,85	87,57	1,3	12	85,72	-2	-2%	30%	0,4	cio cts
		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \									
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	98,67	98,52	0,4	12	96,99	-2	-2%	40%	0,2	cio cts
		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \									
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	72,18	75,36	0,4	12	69,68	-6	-8%	30%	0,1	
		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Piombino \ Dato 2016 - Osp. Piombino \									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,41	1,94	0,4	12	2,07	0	7%	100%	3 *	0,4	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Consuntivo 2015											
		C17.1.3	< %.	28,55	9,23	0,4	12	16,43	7	78%	93%	3 *	0,4	M
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	consuntivo 2015											
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,04	-0,10	1,3	12	0,32	0	-423%	20%	2 *	0,3	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici												cts
		C2a.M	< N.	0,00	0,00	2,2	12	0,29	0	28595 %	20%	2 *	0,4	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici												cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	88,56	60,86	0,4	12	50,12	-11	-18%	100%	5 *	0,4	M
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	consuntivo da verificare											
		C4.12	> %.	92,24	94,08	0,4	12	80,24	-14	-15%	30%	3 *	0,1	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	Gen-Ago 2015											
		C4.7	> %.	73,50	84,02	0,0	12					3 *		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	consuntivo da verificare											
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	72,54	80,10	2,2	12	81,25	1	1%	100%	4 *	2,2	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016											cts
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4	> N.	63,85	64,86	0,4	12	71,21	6	10%	100%	4 *	0,4	M
		Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	Anno 2014. Budget da definire											
		C6.2.1	> %.		24,00	0,9	12	34,00	10	42%	100%	4 *	0,9	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)												cts
		C6.2.2	> N.		48,00	0,9	12	70,00	22	46%	100%	5 *	0,9	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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.5.4	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
-----	-----------------	--------	---	------	-------	-------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	226.988,01	224.718,13	15,0	12	84.926,24	-139.792	-62%	100%	3*	15,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA		verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	> si/no		1,00	3,7	12	0,20	-1	-80%	20%		0,7	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)				tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)								
		RT18	> si/no		1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).				valutaz. 2017-11-05								
		RT3	> si/no		1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	
		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								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no		0,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale				assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								cts

4 - Ob Az: ORTOPEDIA

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipes														

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,8	M
a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.														

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

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

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
	Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01a	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	6,5	12	4,00	1	33%	100%	3*	6,5	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										cts
		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - 03/02 02/03 9/11 19/12/2016 / numero verbali inviati al Controllo di gestione al 2017-08-03 (personale medico)											
		Q03	> %	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%		1,3	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts
		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)											
		Q04	> %	60,00	1,3	12	60,00	0	0%	100%		1,3	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts
		Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)											
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	14,49	1,7	12	10,35	-4	-29%	100%		1,7	M
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	/ si										
		Scompenso CC, rischio morte 30g per 100, Civile Piombino (LI) -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS											
		Q06	> %	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%		0,8	
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	/ si										
		verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS											

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2 Valutazione
p1 P2

106_HP01
DPO

**DIREZIONE SANITARIA P.O.
PIOMBINO (106)**

Totale pesi 100,0

84,6

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

DROD

DIREZIONE DI PRESIDIO LIVORNO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

106_HL01DPO U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. LIVORNO (106)

SABINA SANGUINETI

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,9

7,5

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,60	0,60	0,4	12	2,36	2	293%	100%	5*	0,4	M	cts
		Percentuali morti encefaliche individuate	Anno 2014. Budget da definire		Osp. Livorno										
		B6.1.2	> %.	68,00	50,00	0,4	12	57,58	8	15%	100%	3*	0,4		
		Percentuali donatori procurati	Anno 2014. Budget da definire		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \										
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,4	12	86,83	7	9%	100%	3*	0,4	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES		fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 106										cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	4,4	12	99,38	1	1%	100%	5*	4,4		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	0,4	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,4	M	
		Qualità del flusso informativo SDO			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,4	12	36,33	-54	-60%	20%	2*	0,1		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		B8.4.13	> N.		90,00	0,4	12	96,33	6	7%	100%	*	0,4		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 106										cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,0	12					3*			cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%		assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.										
		fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n°ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)													
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,4	12	91,66	2	2%	100%	3*	0,4	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										
		B8.8.2	> %	98,97	90,00	0,4	12	98,71	9	10%	100%	5*	0,4		
		Percentuale di record con codice disciplina di erogazione corretto (DES)	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA														22,7	13,0
C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	8,00	0,4	12	5,33	-3	-33%	100%	2 *	0,4	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 zona Livornese									
C1	Capacità di governo della domanda	B17a.2	< %.	10,47	10,47	1,7	12	10,20	0	-3%	100%		1,7	M	
		% fughe extraregionali specialità chirurgiche di base (AUSL)		Valore 2016<Valore 2015 (decr 6377)		fonte dati datawarehouse ATNO, livello di calcolo ex asl/zona - Az. USL 6 di Livorno									
		C1.1	< N.	133,64	120,00	0,4	12	123,41	3	3%	100%	5 *	0,4	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
		C5.1e	< N.	9,14	7,31	0,4	12	9,20	2	26%	20%	2 *	0,1		
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \									
		C8b.2	< N.	0,54	0,54	0,4	12	0,53	0	-2%	100%	3 *	0,4	M	
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,4	12	0,00	0	-100%	100%	0 *	0,4		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo Presidio Riuniti Livorno		fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. LIVORNO (106)									
		C14.4	< %.	2,64	2,02	0,4	12	3,21	1	59%	0%	1 *	0,0	cio	
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \									
		C4.9	> %.	88,57	76,45	0,4	12	79,41	3	4%	100%	3 *	0,4		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	48,56	55,00	1,3	12	50,47	-5	-8%	30%	0 *	0,4	M	
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti		aggiornato obiettivo al valore della DGRT 208/2016 e tarato in base al consuntivo + circa il 30%		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \									
		C16.2	> %.	57,92	63,00	1,3	12	61,37	-2	-3%	68%	0 *	0,9	M	
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora		consuntivo 2015, budget secondo dgrt 208/2016 adeguata a consuntivo + circa 20%		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \									
		C16.3	> %.	74,59	87,57	1,3	12	76,68	-11	-12%	16%	1 *	0,2	M	
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \									
		C16.4	> %	81,94	96,06	0,4	12	79,45	-17	-17%	0%	1 *	0,0	cio	
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		consuntivo 2015, budget definito in base alla dgrt 208/2016		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	< %.	77,83	75,36	0,4	12	78,64	3	4%	100%	4 *	0,4	M
				Gen-Ago 2015	DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,43	1,94	0,4	12	2,21	0	14%	75%	3 *	0,3	M
				Consuntivo 2015	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
		C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	28,55	9,23	0,4	12	16,43	7	78%	93%	3 *	0,4	M
				consuntivo 2015	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,28	0,10	1,3	12	0,21	0	113%	58%	2 *	0,8	M
				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \										
		C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,69	0,40	2,2	12	0,85	0	113%	0%	1 *	0,0	M
				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \										
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	88,56	60,86	0,4	12	97,95	37	61%	30%	3 *	0,1	M
				consuntivo da verificare	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese									
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	92,86	94,08	0,4	12	88,08	-6	-6%	40%	4 *	0,2	M
				Gen-Ago 2015	DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	77,30	84,02	0,0	12					4 *		M
				consuntivo da verificare	DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	76,72	80,10	2,2	12	68,88	-11	-14%	20%	2 *	0,4	M
				consuntivo 2015, budget definito in base a dgrt 208/2016	DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \ \ \									
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	63,85	64,86	0,4	12	71,21	6	10%	100%	4 *	0,4	M
				Anno 2014. Budget da definire	\ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale									
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.		105,00	0,9	12	107,00	2	2%	100%	4 *	0,9	M
				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. LIVORNO (106)										
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.		210,00	0,9	12	202,00	-8	-4%	100%	5 *	0,9	M
				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.O.C. DIREZIONE SANITARIA P.O. LIVORNO (106)										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.5.3	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	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	0,4	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,4	
				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	0,4	12	99,20	24	32%	100%	5	*	0,4	
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO												
				C6.5.7	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67	90,00	0,4	12	90,00	0	0%	100%		*	0,4	
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		valutaz. 2017-11-05												
				C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,4	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,4	
				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	0,4	12	0,00	-100	-100%	40%	4	*	0,2	
				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 ed alla DMPO; (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	0,4	12	176,91	17	11%	100%	vr	4	*	0,4		
				Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Livornese												
				- per produttori valutato in base a produzione/popolazione->non raggiunto da ex 101 e 112														
				C7.1	% parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	16,15	15,00	0,4	12	20,84	6	39%	30%	3	*	0,1	
				Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \												
				C7.6	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< %	7,32	4,04	0,4	12	8,74	5	117%	20%	2	*	0,1	
				consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \												
I - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA							2,2											0,8
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	< %	5,09	3,50	2,2	12	4,50	1	29%	37%	1	*	0,8			
				DATO 2015 - Osp. Livorno \ Dato 2016 - Osp. Livorno \														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA														2,2	2,2
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	2,2	12	796,00	-3	0%	100%		2,2	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									15,0
2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0									15,0
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	500.930,30	495.921,00	15,0	12	342.603,40	-153.318	-31%	100%	3*	15,0	M	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H -									
3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI						35,0									31,1
3 - Obiettivi REGIONALI						12,9									9,9
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT14	> si/no		1,00	3,7	12	0,20	-1	-80%	20%		0,7		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)												
		RT18	> si/no		1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8		
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).	valutaz. 2017-11-05												
		RT3	> si/no		1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7		
		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									
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	M	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												
4 - Ob Az: ORTOPEDIA						3,7									3,7

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro:> di 60 protesi d'anca(1^ impianto piu' traumatiche);>30 protesi di ginocchio; >10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
		a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno;b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali equipages												

4 - Ob Az: RADIOLOGIA

P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01	> %	0,00	1,00	3,7	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,8	M
		a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.												

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA

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

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA

P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
		Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
	Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01a	> si/no	0,00	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	M
		Studio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	6,5	12	3,00	0	0%	100%	3*	6,5	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbalì 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 - 9/12 29/06 27/04 / numero verbalì inviati al Controllo di gestione al 2017-08-03 (personale medico)											
		Q03	> %	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%		1,3	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										cts
		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)											
		Q04	> %	60,00	1,3	12	60,00	0	0%	100%		1,3	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										cts
		Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)											
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	18,40	18,39	1,7	12	18,28	0	-1%	100%	1,7	M
		Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)	/ si										
		BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Osp. Massa -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS											
		Q06	> %	1,00	1,7	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	
		Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)	/ si										
		verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS											

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_HL01	U.O.C. DIREZIONE SANITARIA	Totale pesi		82,9	
DPO	P.O. LIVORNO (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)

DROB

DIREZIONE DI PRESIDIO LUCCA-BARGA- CASTELNUOVO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

102_422099

S.C. DIREZIONE MEDICA PRES. OSPED. H LUCCA (102)

SERGIO COCCIOLI

LUISA NATUCCI

1 - Obiettivi MeS**35,0****18,9****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****3,4****2,8**

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	Percentuali morti encefaliche individuate	0,33	0,3	12	0,25	0	-25%	75%	1 *	0,2		
				/ da definire			Osp. Lucca							cts	
		B6.1.2	> %.	Percentuali donatori procurati	60,00	0,3	12	100,00			50%	5 *	0,2	M	
				/ da definire			DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \ \								
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	82,70	80,00	0,6	12	95,55	16	19%	100%	3 *	0,6	M
				consuntivo 2015 fonte MES			fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 102							cio	
		B8.4.1	> %.	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	100,00	98,50	0,4	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,4	cts
				/ 98,5			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.11	> N.	Qualità del flusso informativo SDO	96,66	95,00	0,4	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,4	M
				/ 95			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.12	> %.	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	38,25	90,00	0,4	12	36,33	-54	-60%	20%	2 *	0,1	
				/ 90			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.13	> N.	Qualità del flusso informativo SPA		90,00	0,4	12	99,99	10	11%	100%	*	0,4	cio
				/ 90			fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102							cts	
		B8.4.14b	> N.	Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	0,00	80,00	0,3	12	109,30	29	37%	100%	3 *	0,3	M
				/ completezza percorso>80%; completezza del registro opertatorio>95%			assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.							cio	
							fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n° interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)								
		B8.4.7	> N.	Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	87,18	90,00	0,3	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,3	M
				/ 90			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cio	

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**26,5****14,2**

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C	Valutazione sanitaria	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	8,90 / 7,1870734447	7,19	0,3	12	5,15	-2	-28%	100%	3 *	0,3	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	136,32 / 120	120,00	0,4	12	126,60	7	6%	100%	4 *	0,4	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,60 / 7,6458002296	7,65	1,9	12	9,77	2	28%	20%	2 *	0,4	
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \														
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,54 / non superiore a valore 2015	1,00	0,4	12	0,57	0	-43%	100%	2 *	0,4	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
C14	Appropriatezza medica	C14.2 % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	< %	0,00 fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo Presidio Ospedale San Luca	0,00	0,4	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,4	
fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo S.C. DIREZIONE MEDICA PRES. OSPED. H LUCCA (102)														
		C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,00 / 1,6635356201	1,66	0,6	12	2,10	0	26%	30%	3 *	0,2	cio
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \														
		C4.9 DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)	> %.	88,57 / 80,325952381	80,33	1,9	12	76,81	-4	-4%	20%	2 *	0,4	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1 % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	> %.	42,37 / 77,487457941	77,49	0,3	12	33,18	-44	-57%	0%	0 *	0,0	cio
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \														
		C16.2 % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	> %.	54,33 / 69,943675419	69,94	0,3	12	48,23	-22	-31%	0%	0 *	0,0	cio
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \														
		C16.3 % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	> %.	69,03 / 85,101876236	85,10	0,3	12	62,67	-22	-26%	0%	0 *	0,0	cio cts
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \														
		C16.4 % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	> %	89,92 / 94,99905426	95,00	0,3	12	85,41	-10	-10%	20%	2 *	0,1	cio cts
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \														
		C16.7 % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	> %.	70,92 / 75,357235294	75,36	1,0	12	70,28	-5	-7%	30%	3 *	0,3	
DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \														
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	< N.	0,60 / Valore 2016 non superiore a Valore 2015	0,60	1,9	12	0,53	0	-11%	100%	1 *	1,9	M cio cts
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

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.	-0,09	-0,09	1,9	12	0,15	0	-266%	20%	2 *	0,4		
		Indice di performance degenza media - DRG Medici			/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	32,05	60,86	0,3	12	21,32	-40	-65%	100%	5 *	0,3	M	
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti			/ 42,240244512		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca								
		C4.12	> %.	89,19	92,53	2,2	12	90,55	-2	-2%	81%	4 *	1,8	M	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)			/ 92,53		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								
		C4.7	> %.	73,89	0,00	0,0	12					4 *			
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)			non più presente in obiettivi MeS da DGRT / 0		DATO 2015 - Osp. Lucca \ Dato 2016 - Osp. Lucca \ \ \								
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	69,82	80,10	6,4	12	70,03	-10	-13%	22%	2 *	1,4	M	
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)			/ 80,10		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4	> N.	63,85	64,86	1,1	12	71,21	6	10%	100%	4 *	1,1	M	
		Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri			/ 100		\ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale								
		C6.2.1	> %.		81,00	1,1	12	33,00	-48	-59%	100%	vr 4 *	1,1		
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)			/ 3		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.C. DIREZIONE MEDICA PRES. OSPED. H LUCCA (102)								
		gli audit sono fatti delle specialità cliniche. La DMPO partecipa; sono stati fatti 48 audit													
		C6.2.2	> N.		162,00	1,1	12	88,00	-74	-46%	100%	5 *	1,1		
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)			/ 6		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.C. DIREZIONE MEDICA PRES. OSPED. H LUCCA (102)								
		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	0,4	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,4		
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale			/ 80		\ \ \ \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
		C6.5.6	> N.		99,20	0,3	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,3		
		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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N. / 90	90,00	0,4	12	90,00	0	0%	100%	*	0,4		
						valutaz. 2017-11-05								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro02	< €.	1,00	4,2	12					100%	vr	*	4,2
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	/ tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015											
														valutaz. 2017-11-05: obiettivo valutato a livello complessivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

31,4

3 - Obiettivi REGIONALI

7,9

5,2

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	0,00	90,00	5.5	12	43,00	-47	-52%	50%	vr	*	2.8	M
		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.C. DIREZIONE MEDICA PRES. OSPED. H LUCCA (102)										
		valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)													
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT3	> si/no / si	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)	valutaz. 2017-11-05												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	0.6	12	1,00	0	0%	100%		*	0.6	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												
		RT5b	> si/no / si	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	VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY												

cio
ctscio
cts

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

23,2

22,6

P48O01	<u>Analisi dei modelli organizzativi di implementazione dell'intensità di cura nei PO della rete e proposte innovative</u>	I-P48O01 a) Presentazione di un documento descrittivo dei modelli organizzativi in essere entro Giugno 2016 b) Stesura di un documento descrittivo del modello a regime entro Dicembre	> si/no / si	0,00	1,00	1.1	12	0.50	-1	-50%	100%	vr	*	1.1	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario															
L'intensità di cura è per il PO di Lucca(costruito con questo principio) e valle del Serchio attiva sia per l'area medica che per l'area chirurgica. Infatti ormai si parla di setting assistenziali e non più di reparti di degenza specialistica assegnati -															
P48O02	<u>Proposta di riorganizzazione dell'offerta assistenziale negli ospedali della rete in ottemperanza al DM n. 70/2015 e sulla base della valutazione dell'ottimizzazione di risorse relative alle concessioni relative al PO S.Luca e al PO delle Apuane</u>	I-P48O02 a) Presentazione "Relazione analitica sui volumi di attività" entro Giugno 2016b) Proposta di ottimizzazione dei volumi di attività anche in riferimento al livello minimo garantito da PEF entro Dicembre	> si/no / si	0,00	1,00	5.5	12	0.75	0	-25%	100%	vr	*	5.5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' stata realizzata la relazione analitica sui servizi non sanitari; manca la proposta di ottimizzazione sui volumi di attività															
Attività di gestione servizi in project- L'obiettivo deve essere valorizzato al 100%; la relazione prevista con la proposta analitica dei volumi del PEF e le proposte di ottimizzazione degli stessi è stata inviata e discussa con la Direzione Aziendale ad -															
P48O03	<u>Analisi descrittiva dei PO delle rete aziendale e riallineamento dei codici di disciplina per stabilimento e per presidio ai modelli ministeriali</u>	I-P48O03 Produzione del documento definitivo entro Giugno	> si/no / si	0,00	1,00	5.5	12	1.00	0	0%	100%		*	5.5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è presente il documento ma dal modello HSP inviato si evince che l'allineamento dei codici c'è stato e quindi si considera raggiunto l'obiettivo															

cio

M

M

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P48O04	accesso in Area Chirurgica solo tramite preospedalizzazione o da PS	I-P48O04	> %	0,00	1,00	5,5	12	0,88	0	-12%	88%	*	4,9	M
			100% dei ricoveri "urgenti" per discipline chirurgiche proviene da P.S.		/ valore 2015		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: indicatore calcolato per chirurgia generale, vascolare, neurochirurgia, ortopedia, oculistica, otorino, urologia; dati 2016 ATNO: 11446 ricoveri disposti dal PS/13028 ricoveri urgenti: 88%. Disponibili i dati per singola disciplina e ex Asl							

P48O05	analisi posti letto per Area Medica per Presidio e Stabilimento (rispetto agli accessi al PS)	I-P48O05	> si/no / si	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
			da definire				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / inviato documento							

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

P16O01	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16O01	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
			Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio							

i-P16O01a	>	%	0,00	1,00	0.6	12	0.75	0	-25%	100%	vr	*	0.6	M
Monitoraggio applicazione procedura entro dic 2016 alla Direzione Sanitaria		/ si		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

Per quanto concerne l'ospedale San Luca e il PO valle dle Serchio non sussiste problema data la presenza dell'UOC di Malattie infettive per cui esistono protocolli sia per la consulenza che per la validazione della terapia. Per PO Pontedera è stata redatt -

4 - Ob Az: ORTOPEDIA 0,6 0,6

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro: > di 60 protesi d'anca (1^ impianto più traumatiche); > 30 protesi di ginocchio; > 10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
			a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno; b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali équipes							

4 - Ob Az: RADIOLOGIA 0,6 0,4

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

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA 1,1 1,1

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

i-P09O02	>	%	0,00	1,00	0.6	12	1,00	0	0%	100%	*	0.6	M
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato											

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA 0,6 0,6

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P06O01	<u>Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,9

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,9

B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q01	> %.	70,00	70,00	1,9	12	70,00	0	0%	100%	*	1,9	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).														
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
		Q01a	> %.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%	*	1,9	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)														
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.														
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02	> N.		3,00	4,8	12	3,00	0	0%	100%	3*	4,8	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)														
/ 3 riunioni verbalizzate														
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21														
		Q03	> %		100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,0	cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta														
controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si														
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04	> %		60,00	1,0	12	60,00	0	0%	100%	*	1,0	cio
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)														
/ 60														
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														

ES	Esiti delle cure	Q05	< N. / si	1,00	2,2	12	0,99	0	-1%	100%		2,2
Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)												
valutaz. 2017-11-05												
		Q06	> % / si	1,00	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%		1,1
Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)												
verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS												

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi	
p1	P2

Valutazione	
p1	P2

102_42209
9

**S.C. DIREZIONE MEDICA
PRES. OSPED. H LUCCA (102)**

Totale pesi 100,0

71,6

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

102_422101

S.C. DIREZIONE MEDICA PRES. OSPED. H VDS (102)

SERGIO COCCIOLI

RENATA LANDI

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

2,7

2,4

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	95,55	16	19%	100%	3 *	0,6	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES												cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,4	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,4		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	0,4	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,4	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	/ 95												
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,4	12	36,33	-54	-60%	20%	2 *	0,1		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	/ 90												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,4	12	99,99	10	11%	100%	*	0,4		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90												cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,3	12	109,30	29	37%	100%	3 *	0,3	M	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	/ completezza percorso > 80%; completezza del registro operatorio > 95%												
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,3	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,3	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	/ 90												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,1

18,7

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	7,19	0,3	12	4,82	-2	-33%	100%	3 *	0,3	M	
		Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	/ 7,1870734447												
		C1.1	< N.	136,32	120,00	0,4	12	130,50	11	9%	76%	4 *	0,3	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	< N.	12,29	7,65	1,9	12	10,18	3	33%	45%	1*	0,8	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		/ 7,6458002296										
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,4	12	0,76	0	-24%	100%	0*	0,4	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		/ non superiore a valore 2015										
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,4	12	0,00	0	-100%	100%	5*	0,4	
		% ricoveri in DH medico con finalità' diagnostica		fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo Presidio S. Francesco Barga (LU)										
		C14.4	< %.	3,96	1,66	0,6	12	4,83	3	190%	0%	0*	0,0	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		/ 1,6635356201										
		C4.9	> %.	88,57	80,33	1,9	12	59,68	-21	-26%	0%	0*	0,0	
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		/ 80,325952381										
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	60,72	77,49	0,3	12	62,66	-15	-19%	12%	0*	0,0	M
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti		/ 77,487457941										cio
		C16.2	> %.	71,58	69,94	0,3	12	71,25	1	2%	100%	0*	0,3	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora		/ 69,943675419										
		C16.3	> %.	82,08	85,10	0,3	12	81,30	-4	-4%	20%	2*	0,1	cio
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		/ 85,101876236										cts
		C16.4	> %	89,76	95,00	0,3	12	87,31	-8	-8%	20%	2*	0,1	cio
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		/ 94,99905426										cts
		C16.7	> %.	66,41	75,36	1,0	12	67,14	-8	-11%	38%	3*	0,4	M
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		/ 75,357235294										
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	3,23	1,94	0,4	12	3,17	1	63%	24%	2*	0,1	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Consuntivo 2015										
		C17.1.3	< %.	39,39	14,06	0,3	12	22,46	8	60%	97%	3*	0,3	M
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero		consuntivo 2015										
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,76	-0,76	1,9	12	-0,77	0	1%	100%	2*	1,9	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015										cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	< N.	1,40	1,40	1,9	12	2,40	1	71%	0%	0*	0,0	cio
		Indice di performance degenza media - DRG Medici			/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015									cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	32,05	60,86	0,3	12	39,95	-21	-34%	100%	5*	0,3	
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti			/ 42,240244512									
		C4.12	> %.	87,50	92,53	2,2	12	81,33	-11	-12%	50%	5*	1,1	
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)			/ 92,53									
		C4.7	> %.	75,86	0,00	0,0	12					4*		
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)			non più presente in obiettivi MeS da DGRT / 0									
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	87,63	80,10	6,4	12	90,00	10	12%	100%	4*	6,4	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)			/ 80,10									cts
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4	> N.	63,85	64,86	1,1	12	71,21	6	10%	100%	4*	1,1	M
		Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri			/ 100									
		C6.2.1	> %.		27,00	1,1	12	7,00	-20	-74%	100%	vr 4*	1,1	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)			/ 3									cts
		C6.2.2	> N.		54,00	1,1	12	11,00	-43	-80%	100%	vr 5*	1,1	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	0,4	12	88,20	8	10%	100%	4*	0,4	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale			/ 80									cts
		C6.5.6	> N.	99,20	75,00	0,3	12	99,20	24	32%	100%	5*	0,3	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale			/ 75									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.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

C6c	Rischio Clinico	C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N. / 90	90,00	0,4	12	90,00	0	0%	100%		0,4		
valutaz. 2017-11-05														
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	0,4	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,4	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 100	83,33	100,00	0,4	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,4	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)														
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %. / 168,52644876	159,52	159,80	0,3	12	249,26	89	56%	100%	vr 2 *	0,3	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Valle del Serchio														
Premesso che non facciamo intervento. L'indicatore non si comprende perché l'ospedalizzazione è obbligatoria eventualmente si deve parlare di DS o di ordinario e poi vorrei essere valutata per quanto riguarda l'ospedale di Lucca perché l'AOUP non è contro - per produttori valutato in base a produzione/popolazione->non raggiunto da ex 101 e 112														
		C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %. / 16,306928747	21,33	16,31	0,3	12	21,23	5	30%	22%	2 *	0,1	
DATO 2015 - Osp. Barga \ Dato 2016 - Osp. Barga \ \ \ \														
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< % / 5,3	9,45	5,30	0,3	12	4,11	-1	-22%	100%	3 *	0,3	
DATO 2015 - Osp. Barga \ Dato 2016 - Osp. Barga \ \ \ \														
1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA					3,3									0,7
D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a Percentuale abbandoni dal Pronto Soccorso	< % / 2,8562058509	3,40	2,86	3,3	12	3,42	1	20%	20%	2 *	0,7	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA					1,9									1,9
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. / 6,36	8,24	6,77	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	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	1,9	12	796,00	-3	0%	100%		1,9	
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									7,4
2 - Obiettivi ECONOMICI					15,0									7,4
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	188.658,89	186.772,30	10,8	12	243.306,11	56.534	30%	30%	3 *	3,3	
verifica del 2017-09-08 cdg H -														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	<u>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</u>	Euro02	< €.	1,00	4,2	12					100%	vr	*	4,2
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	/ tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015											
														valutaz. 2017-11-05: obiettivo valutato a livello complessivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</u>	RT1	> %	0,00	90,00	5,5	12	43,00	-47	-52%	50%	vr	*	2,8	M
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO											% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119 anno 2015) (dato di exAsl 102 a dicembre 2016)	
														valutazione fatta anche in considerazione della non completa disponibilità di un sistema informatico e informativo non completamente funzionante in fase iniziale (RF: 2017-11-05)	
		RT3	> si/no / si	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)												valutaz. 2017-11-05	
B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27	cio
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6	M
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale												VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY	cts

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

P48O01	<u>Analisi dei modelli organizzativi di implementazione dell'intensità di cura nei PO della rete e proposte innovative</u>	I-P48O01	> si/no / si	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	100%	vr	*	1,1	M
		a) Presentazione di un documento descrittivo dei modelli organizzativi in essere entro Giugno 2016 b) Stesura di un documento descrittivo del modello a regime entro Dicembre												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario	cio
														L'intensità di cura è per il PO di Lucca e valle del Serchio attiva sia per l'area medica che per l'area chirurgica. Infatti ormai si parla di setting assistenziali e non più di reparti di degenza specialistica assegnati -	
P48O02	<u>Proposta di riorganizzazione dell'offerta assistenziale negli ospedali della rete in ottemperanza al DM n. 70/2015 e sulla base della valutazione dell'ottimizzazione di risorse relative alle concessioni relative al PO S.Luca e al PO delle Apuane</u>	I-P48O02	> si/no / si	0,00	1,00	5,5	12	0,75	0	-25%	100%	vr	*	5,5	M
		a) Presentazione "Relazione analitica sui volumi di attività" entro Giugno 2016b) Proposta di ottimizzazione dei volumi di attività anche in riferimento al livello minimo garantito da PEF entro Dicembre												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' stata realizzata la relazione analitica sui servizi non sanitari; manca la proposta di ottimizzazione sui volumi di attività	
														Attività di gestione servizi in project- L'obiettivo deve essere valorizzato al 100%; la relazione prevista con la proposta analitica dei volumi del PEF e le proposte di ottimizzazione degli stessi è stata inviata e discussa con la Direzione Aziendale ad -	
P48O03	<u>Analisi descrittiva dei PO delle rete aziendale e riallineamento dei codici di disciplina per stabilimento e per presidio ai modelli ministeriali</u>	I-P48O03	> si/no / si	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%		*	5,5	M
		Produzione del documento definitivo entro Giugno												Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è presente il documento ma dal modello HSP inviato si evince che l'allineamento dei codici c'è stato e quindi si considera raggiunto l'obiettivo	

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P48O04	accesso in Area Chirurgica solo tramite preospedalizzazione o da PS	I-P48O04	> %	0,00	1,00	5,5	12	0,88	0	-12%	88%	*	4,9	M
			100% dei ricoveri "urgenti" per discipline chirurgiche proviene da P.S.		/ valore 2015		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: indicatore calcolato per chirurgia generale, vascolare, neurochirurgia, ortopedia, oculistica, otorino, urologia; dati 2016 ATNO: 11446 ricoveri disposti dal PS/13028 ricoveri urgenti: 88%. Disponibili i dati per singola disciplina e ex Asl							

P48O05	analisi posti letto per Area Medica per Presidio e Stabilimento (rispetto agli accessi al PS)	I-P48O05	> si/no / si	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	*	5,5	M
			da definire				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / inviato documento							

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

P16O01	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16O01	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
			Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio							

i-P16O01a	>	%	0,00	1,00	0.6	12	0.75	0	-25%	100%	vr	*	0.6	M
Monitoraggio applicazione procedura entro dic 2016 alla Direzione Sanitaria		/ si		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

direi che il 100% è il risultato giusto. 'Per quanto concerne l'ospedale San Luca e il PO valle dle Serchio non sussiste problema data la presenza dell'UOC di Malattie infettive per cui esistono protocolli sia per la consulenza che per la validazione de -

4 - Ob Az: ORTOPEDIA 0,6 0,6

P04O01	Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro: > di 60 protesi d'anca (1^ impianto più traumatiche); > 30 protesi di ginocchio; > 10 protesi di spalla.	i-P04O01	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
			a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno; b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali équipes							

4 - Ob Az: RADIOLOGIA 0,6 0,4

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

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA 1,1 1,1

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

i-P09O02	>	%	0,00	1,00	0.6	12	1,00	0	0%	100%	*	0.6	M
Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato											

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA 0,6 0,6

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P06O01	<u>Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	i-P06O01	> si/no	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	M
		Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,9

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,9

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	1,9	12	70,00	0	0%	100%	*	1,9	
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.															
		Q01a	GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%	*	1,9	
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.															
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	4,8	12	3,00	0	0%	100%	3	4,8	
/ 3 riunioni verbalizzate															
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21															
		Q03	COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,0	
controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si															
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)															
		Q04	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	
/ 60															
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	1,00	2,2	12	0,99	0	-1%	100%		*	2,2
Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)													
<hr/>													
		Q06	> %	1,00	2,2	12	0,50	-1	-50%	50%		*	1,1
Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)													
verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSE ARS													

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_42210	S.C. DIREZIONE MEDICA	Totale pesi		76,4	
1	PRES. OSPED. H VDS (102)	100,0			

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

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

DROC

DIREZIONE DI PRESIDIO PONTEDERA-VOLTERRA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

105_BD103310

DIREZIONE SANITARIA P.O. VDE/AVC (105)

1

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

3,4

2,8

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,33	0,33	0,3	12	0,50	0	50%	100%	1*	0,3	M	cts
		Percentuali morti encefaliche individuate	/ da definire				Osp. Pontedera								
		B6.1.2	> %.	60,00		0,3	12	20,00			0%	0*	0,0		
		Percentuali donatori procurati	/ da definire				dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera								
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,6	12	88,40	8	11%	100%	3*	0,6	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES				fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 105							cts	
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,4	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,4		cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts	
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,4	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,4	M	
		Qualità del flusso informativo SDO	/ 95				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,4	12	36,33	-54	-60%	20%	2*	0,1		
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumi	/ 90				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
		B8.4.13	> N.		90,00	0,4	12	99,99	10	11%	100%		0,4		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90				fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102							cts	
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,3	12	95,90	16	20%	100%	3*	0,3	M	cio
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	/ completezza percorso > 80%; completezza del registro operatorio > 95%				assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.								
							fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n° interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)								
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,3	12	91,66	2	2%	100%	3*	0,3	M	cio
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	/ 90				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,5

23,2

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	< %.	8,90	7,19	0,3	12	5,12	-2	-29%	100%	3 *	0,3	M	
		Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		/ 7,1870734447		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito alla Zona Val d Era									
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	136,32	120,00	0,4	12	124,72	5	4%	100%	5 *	0,4	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		/ 120		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito alla Zona Val d Era									
		C5.1e	< N.	9,60	7,65	1,9	12	9,26	2	21%	37%	2 *	0,7	M	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		/ 7,6458002296		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera									
		C8b.2	< N.	0,54	1,00	0,4	12	0,39	-1	-61%	100%	4 *	0,4	M	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		/ non superiore a valore 2015		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito alla Zona Val d Era									
C14	Appropriatezza medica	C14.2	< %	0,00	0,00	0,4	12	0,00	0	-100%	100%	5 *	0,4		
		% ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica		fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo Presidio F.Lotti Pontedera (PI)		fonte dati DwH ATNO, livello di calcolo DIREZIONE SANITARIA P.O. VDE/AVC (105)									
		C14.4	< %.	2,00	1,66	0,6	12	1,35	0	-19%	100%	4 *	0,6	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		/ 1,6635356201		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera									
		C4.9	> %.	88,57	80,33	1,9	12	80,60	0	0%	100%	3 *	1,9		
		DRG LEA Medici: % di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010-2012)		/ 80,325952381		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito alla Zona Val d Era									
C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.1	> %.	42,37	77,49	0,3	12	81,07	4	5%	100%	3 *	0,3	M	cio
		% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti		/ 77,487457941		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera									
		C16.2	> %.	54,33	69,94	0,3	12	69,19	-1	-1%	95%	0 *	0,3	M	cio
		% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora		/ 69,943675419		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera									
		C16.3	> %.	69,03	85,10	0,3	12	79,46	-6	-7%	85%	2 *	0,2	M	cio cts
		% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h		/ 85,101876236		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera									
		C16.4	> %	89,92	95,00	0,3	12	75,55	-19	-20%	0%	0 *	0,0		cio cts
		% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***		/ 94,99905426		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera									
		C16.7	> %.	70,92	75,36	1,0	12	75,55	0	0%	100%	4 *	1,0	M	
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		/ 75,357235294		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera									
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	0,60	0,60	1,9	12	0,33	0	-45%	100%	2 *	1,9	M	cio cts
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici		/ Valore 2016 non superiore a Valore 2015		dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	-0,09 / Valore 2016 non superiore a Valore 2015	-0,09	1,9	12	-0,34	0	263%	100%	3 *	1,9	M	cio
dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera															cts
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7 Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	< N.	32,05 / 42,240244512	60,86	0,3	12	115,75	55	90%	20%	2 *	0,1		
dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito alla Zona Val d'Era															
		C4.12 Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)	> %.	89,19 / 92,53	92,53	2,2	12	77,70	-15	-16%	30%	3 *	0,7		
dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera															
		C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	> %.	73,89 non più presente in obiettivi MeS da DGRT / 0	0,00	0,0	12					3 *			
dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera															
C5a	Qualità di processo	C5.2 % fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	> %.	69,82 / 80,10	80,10	6,4	12	88,50	8	10%	100%	5 *	6,4	M	cio
dato e fascia di valutazione del bersaglio MeS riferito al Presidio Osp. Pontedera															cts
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4 Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri	> N.	63,85 / 100	64,86	1,1	12	71,21	6	10%	100%	4 *	1,1	M	
Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale															
		C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	 / 3	66,00	1,1	12	55,00	-11	-17%	100%	4 *	1,1		cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIREZIONE SANITARIA P.O. VDE/AVC (105)															cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	 / 6	144,00	1,1	12	206,00	62	43%	100%	5 *	1,1		cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIREZIONE SANITARIA P.O. VDE/AVC (105)															cts
		C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	 / 85	85,00	0,0	12								cio
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															cts
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	 / 85	85,00	0,0	12								cio
Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	 / 80	88,20	0,4	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,4		cio
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															cts
		C6.5.6 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	 / 75	99,20	0,3	12	99,20	24	32%	100%	5 *	0,3		cio
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															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.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro02	< €.	1,00	4,2	12					100%	vr	*	4,2
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	/ tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015											
														valutaz. 2017-11-05: obiettivo valutato a livello complessivo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

30,6

3 - Obiettivi REGIONALI

7,9

6,4

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	0,00	90,00	5,5	12	65,46	-25	-27%	73%	<input type="checkbox"/>	*	4,0	M
		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.C. DIREZIONE MEDICA PRES. OSPED. H LUCCA (102)										
		RT3	> si/no / si	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	1,3	M
		Completamento Percorso chirurgico e integrazione con il nuovo tracciato ministeriale per la Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	valutaz. 2017-11-05												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,6	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,6	M
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY												

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

23,2

20,6

P48O01	<u>Analisi dei modelli organizzativi di implementazione dell'intensità di cura nei PO della rete e proposte innovative</u>	I-P48O01 a) Presentazione di un documento descrittivo dei modelli organizzativi in essere entro Giugno 2016 b) Stesura di un documento descrittivo del modello a regime entro Dicembre	> / si	0,00	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	*	0,6	M	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario																
P48O02	<u>Proposta di riorganizzazione dell'offerta assistenziale negli ospedali della rete in ottemperanza al DM n. 70/2015 e sulla base della valutazione dell'ottimizzazione di risorse relative alle concessioni, relative al PO S.Luca e al PO delle Apuane</u>	I-P48O02 a) Presentazione "Relazione analitica sui volumi di attività" entro Giugno 2016b) Proposta di ottimizzazione dei volumi di attività anche in riferimento al livello minimo garantito da PEF entro Dicembre	> / si	0,00	1,00	5,5	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	*	4,1	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' stata realizzata la relazione analitica sui servizi non sanitari; manca la proposta di ottimizzazione sui volumi di attività																
P48O03	<u>Analisi descrittiva dei PO delle rete aziendale e riallineamento dei codici di disciplina per stabilimento e per presidio ai modelli ministeriali</u>	I-P48O03 Produzione del documento definitivo entro Giugno	> / si	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	5,5	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è presente il documento ma dal modello HSP inviato si evince che l'allineamento dei codici c'è stato e quindi si considera raggiunto l'obiettivo																
P48O04	<u>accesso in Area Chirurgica solo tramite preospedalizzazione o da PS</u>	I-P48O04 100% dei ricoveri "urgenti" per discipline chirurgiche proviene da P.S.	> / valore 2015	0,00	1,00	5,5	12	0,88	0	-12%	88%	<input type="checkbox"/>	*	4,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: indicatore calcolato per chirurgia generale, vascolare, neurochirurgia, ortopedia, oculistica, otorino, urologia; dati 2016 ATNO: 11446 ricoveri disposti dal PS/13028 ricoveri urgenti: 88%. Disponibili i dati per singola disciplina e ex Asl																

P48O05	<u>analisi posti letto per Area Medica per Presidio e Stabilimento (rispetto agli accessi al PS)</u>	i-P48O05 da definire	> si/no / si	0,00	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	5,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / inviato documento														

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE	1,1	1,0
-------------------------------	-----	-----

P16O01	<u>Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO</u>	i-P16O01 Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio														

i-P16O01a	Monitoraggio applicazione procedura entro dic 2016 alla Direzione Sanitaria	> %	0,00	1,00	0,6	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	0,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													

4 - Ob Az: ORTOPEDIA	0,6	0,6
----------------------	-----	-----

P04O01	<u>Definire la rete ortopedica sulla protesica sulla base delle caratteristiche geografiche e delle soglie minime condivise dal gruppo di lavoro: > di 60 protesi d'anca (1° impianto più traumatiche); > 30 protesi di ginocchio; > 10 protesi di spalla.</u>	i-P04O01 a) Invio di una proposta riorganizzativa della rete ortopedica entro giugno; b) Riduzione della variabilità delle liste d'attesa per la patologia del piede e la protesica maggiore (spalla ginocchio ed anca).	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / I criteri per la definizione dei centri di riferimento sulle casistiche sono stati individuati e dettagliati nel documento; manca la attivazione della Commissione che dovrebbe prendere la decisione su quali centri e quali équipes														

4 - Ob Az: RADIOLOGIA	0,6	0,4
-----------------------	-----	-----

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

4 - Ob Az: SALA OPERATORIA	1,1	1,1
----------------------------	-----	-----

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

i-P09O02	Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno	> %	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													

4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA	0,6	0,6
------------------------------	-----	-----

P06O01	<u>Condividere criteri omogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva</u>	i-P06O01 Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione	> si/no	0,00	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,9
------------------------	------	------

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	13,9
------------------------	------	------

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	1,9	12	70,00	0	0%	100%	*	1,9	
			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e 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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

105_BD10
33101

**DIREZIONE SANITARIA P.O.
VDE/AVC (105)**

Totale pesi 100,0

90,6

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

DROF

DIREZIONE DI PRESIDIO VIAREGGIO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

112_26 DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERO (112)

GRAZIA LUCHINI

1 - Obiettivi MeS

35,0

29,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,6

6,4

B6	Donazioni	B6.1.1	> %.	0,33	0,33	0,8	12	0,90	1	170%	100%	5 *	0,8	M
		Percentuali morti encefaliche individuate	Anno 2014. Budget da definire				Osp. Versilia							cts
		B6.1.2	> %.	75,00	75,00	0,8	12	66,67	-8	-11%	100%	vr 4 *	0,8	
		Percentuali donatori procurati	Anno 2014. Budget da definire				DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \							
							Confrontando i risultati MeS si evince che il PO Versilia è il secondo miglior stabilimento della ATNO con valutazione verde chiaro. Le morti encefaliche sono passate da 4 a 9 e i donatori procurati sono passati da 3 a 6 (raddoppio). Quindi un notevole ri							
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,8	12	67,28	-13	-16%	30%	3 *	0,2	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES				fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 112							cts
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	0,8	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,8	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
		B8.4.11	> N.	96,66	95,00	0,8	12	97,36	2	2%	100%	4 *	0,8	M
		Qualità del flusso informativo SDO					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
		B8.4.12	> %.	38,25	90,00	0,8	12	36,33	-54	-60%	20%	2 *	0,2	
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi					dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							
		B8.4.13	> N.		90,00	0,8	12	99,53	10	11%	100%	*	0,8	cio
		Qualità del flusso informativo SPA					fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 112							cts
		B8.4.14b	> N.	0,00	80,00	0,8	12	104,50	25	31%	100%	3 *	0,8	M
		Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato	completezza percorso>80%; completezza del registro operatorio>95%				assume il valore dell'indicatore B8.4.14b Completezza Percorso Chirurgico: completezza registro operatorio informatizzato che misura completezza del registro operatorio in termini di volumi rispetto al flusso SDO.							
							fonte: monitoraggio dell'art. 50 che riporta l'indicatore suddiviso per ex azienda n°interventi inviati con rfc 165/ n° ricoveri in flusso sdo (mail MP del 2017-09-27)							
		B8.4.7	> N.	87,18	90,00	0,8	12	91,66	2	2%	100%	3 *	0,8	M
		Qualità del flusso informativo Pronto Soccorso (RFC 106)	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cio

* = 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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C16a	Percorso Emergenza - Urgenza	C16.7	> %.	55,80	70,00	0,4	12	58,37	-12	-17%	38%	2 *	0,2	M
		% ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \ \								
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	3,60	1,94	0,4	12	2,85	1	47%	65%	2 *	0,3	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Consuntivo 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia								
		C17.1.3	< %.	13,17	9,23	0,4	12	8,77	0	-5%	100%	4 *	0,4	M
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero		consuntivo 2015		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \ \								
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.C	< N.	-0,55	-0,55	0,4	12	-0,61	0	11%	100%	3 *	0,4	M
		Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici				DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \ \								
		C2a.M	< N.	-0,08	-0,19	0,4	12	0,14	0	-175%	20%	2 *	0,1	M
		Indice di performance degenza media - DRG Medici				DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \ \								
C4a	Appropriatezza chirurgica	B25.1a.7	< N.	54,89	60,86	0,4	12	47,02	-14	-23%	100%	5 *	0,4	M
		Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia								
		C4.12	> %.	81,17	87,44	0,4	12	78,26	-9	-10%	30%	3 *	0,1	M
		Drg LEA Chirurgici: % standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1163/2011)		Gen-Ago 2015		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \ \								
		C4.7	> %.	64,13	72,34	0,0	12					3 *		M
		Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)		consuntivo da verificare		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \ \								
C5a	Qualità di processo	C5.2	> %.	92,60	92,98	0,4	12	95,45	2	3%	100%	5 *	0,4	M
		% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)		Anno 2015 Genn-Ago		DATO 2015 - Osp. Versilia \ Dato 2016 - Osp. Versilia \ \ \ \								
C6c	Rischio Clinico	C6.1.4	> N.	63,85	64,86	0,8	12	71,21	6	10%	100%	4 *	0,8	M
		Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri		Anno 2014. Budget da definire		\ \ \ \ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale								
		C6.2.1	> %.		78,00	4,8	12	77,00	-1	-1%	100%	vr 4 *	4,8	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERO (112)								
						Sono stati fatti 3 Audit come da mail a Franceschi								
		C6.2.2	> N.		156,00	4,8	12	152,00	-4	-3%	100%	vr 5 *	4,8	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERO (112)								
						Sono stati fatti 6 M6M come da mail a Franceschi								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C6c	Rischio Clinico	C6.5.3 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	> N.	79,20	85,00	0,0	12						*		cio
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016										Indicatori annullati in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	cts
		C6.5.4 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	> N.	68,29	85,00	0,0	12						*		cio
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016										Indicatori annullati in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica	cts
		C6.5.5 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N.	88,20	80,00	0,8	12	88,20	8	10%	100%	4	*	0,8	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	0,8	12	99,20	24	32%	100%	5	*	0,8	cio
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016										Dato 2016 - Ausl NO Dato 2016 - Ausl NO	cts
		C6.5.7 Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67	90,00	2,4	12	90,00	0	0%	100%		*	2,4	M cio
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016										valutaz. 2017-11-05	cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,8	12	2,66	0	-11%	100%	3	*	0,8	cio
				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	0,8	12	100,00	0	0%	100%	4	*	0,8	M cio
				Anno 2014. Budget da definire										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	cts
														gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)	
C7	Materno Infantile	B25.1a.5 Tasso di Ospedalizzazione std per interventi chirurgici di tonsillectomia	< %.	207,92	159,80	0,4	12	197,59	38	24%	51%	3	*	0,2	M
				Gen-Ago 2015										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Versilia	
		C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	< %.	16,05	15,27	0,4	12	17,83	3	17%	30%	3	*	0,1	cio
				Gen-Ago 2015										DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia	
		C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	< %	16,55	10,00	0,4	12	14,48	4	45%	32%	0	*	0,1	M
				consuntivo da verificare										DATO 2015 - Osp. Versilia Dato 2016 - Osp. Versilia	
1 - Obiettivi MeS: D) VALUTAZIONE ESTERNA						1,6								1,1	
D	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	D8a Valutazione degli utenti del Pronto Soccorso	> N.		5,00	0,8	12	5,00	0	0%	100%		*	0,8	cio
				% utenti poco e per nulla soddisfatti <5%										valutaz. 2017-11-05	

D9b	Abbandoni dal Pronto Soccorso	D9a	< %	2,35	0,02	0,8	12	2,29	2	9728%	33%	3 *	0,3	M
				Gen-Ago 2015										

DATO 2015 - Osp. Versilia | Dato 2016 - Osp. Versilia | | |

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

0,8

0,8

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

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

E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	0,8	12	796,00	-3	0%	100%		0,8	M	cio
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere										cts

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

11,3

2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

11,3

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	417.274,00	413.101,26	7,5	12	216.308,66	-196.793	-48%	100%	3 *	7,5	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014): non comprende la DDclasseA			verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts

verifica del 2017-09-08 cdg H -

Euro03	Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)	< N.	1.860.969.438	1.842.359.744,18	7,5	12	1.876.367.955,2	34.008.211	2%	50%	vr	3,8		

il budget è pari al 2015 - 1% - La verifica del rispetto del budget è stata fatta a livello complessivo aziendale a causa della trascodifica dei conti tra 2015 e 2016 che in alcuni casi non permette una corretta attribuzione al gestore dei fattori. La valutazione tiene conto del fatto che pur non avendo rispettato complessivamente l'obiettivo (dati aggiornati al 2017-09-30) il monitoraggio è stato definito nel 2016, che quindi è stato un anno di impostazione del sistema, ed entra a regime a partire dal 2017

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

36,0

32,4

3 - Obiettivi REGIONALI

11,8

10,8

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	0,00	90,00	2,0	12	29,91	-60	-67%	50%	vr	1,0	M
				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 DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO OSPEDALIERO (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)

RT12	Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG	> si/no	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	M
------	--	---------	------	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----	---

a viareggio e pisa alcuni medici prenotano già, lo strumento è predisposto manca accordo MMG

RT14	Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	
------	--	---------	--	------	-----	----	------	---	----	------	--	-----	--

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT18	> si/no	1,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
		Riorganizzazione della rete chirurgica oncologica: in tutte le strutture professionali o funzionali, come individuate dallo specifico atto regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica oncologica (DGR 272 2014), le aziende dovranno rispettare gli obiettivi specifici individuati nell'atto regionale (DGR 982 2014).					valutaz. 2017-11-05							
		RT3	> si/no	1,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	
		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							
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale					assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27							cio
4 - Ob Az: D.M.P.O.						11,9							9,8	
P48O01	Analisi dei modelli organizzativi di implementazione dell'intensità di cura nei PO della rete e proposte innovative	I-P48O01	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	1,0	M
		a) Presentazione di un documento descrittivo dei modelli organizzativi in essere entro Giugno 2016 b) Stesura di un documento descrittivo del modello a regime entro Dicembre					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile il secondo punto dell'obiettivo. Per quanto riguarda il primo punto è stato approntato un questionario							cio
P48O02	Proposta di riorganizzazione dell'offerta assistenziale negli ospedali della rete in ottemperanza al DM n. 70/2015 e sulla base della valutazione dell'ottimizzazione di risorse relative alle concessioni, relative al PO S.Luca e al PO delle Apuane	I-P48O02	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	0,75	0	-25%	75%	*	2,2	M
		a) Presentazione "Relazione analitica sui volumi di attività" entro Giugno 2016b) Proposta di ottimizzazione dei volumi di attività anche in riferimento al livello minimo garantito da PEF entro Dicembre					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' stata realizzata la relazione analitica sui servizi non sanitari; manca la proposta di ottimizzazione sui volumi di attività							
P48O03	Analisi descrittiva dei PO delle rete aziendale e riallineamento dei codici di disciplina per stabilimento e per presidio ai modelli ministeriali	I-P48O03	> si/no	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
		Produzione del documento definitivo entro Giugno					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Non è presente il documento ma dal modello HSP inviato si evince che l'allineamento dei codici c'è stato e quindi si considera raggiunto l'obiettivo							
P48O04	accesso in Area Chirurgica solo tramite preospedalizzazione o da PS	I-P48O04	> %	0,00	1,00	3,0	12	0,88	0	-12%	88%	*	2,6	M
		100% dei ricoveri "urgenti" per discipline chirurgiche proviene da P.S.					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: indicatore calcolato per chirurgia generale, vascolare, neurochirurgia, ortopedia, oculistica, otorino, urologia; dati 2016 ATNO: 11446 ricoveri disposti dal PS/13028 ricoveri urgenti: 88%. Disponibili i dati per singola disciplina e ex Asl							
P48O05	analisi posti letto per Area Medica per Presidio e Stabilimento (rispetto agli accessi al PS)	I-P48O05	> si/no	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
		da definire					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / inviato documento							
4 - Ob Az: GESTIONE ACCOGLIENZA SERVIZI SANITARI / PRIVACY						2,0							2,0	
P56O04	GESTIONE ACCOGLIENZA SERVIZI SANITARI: CUP: uniformare le procedure gestionali per il pagamento delle prestazioni	i-P56O04	> si/no	0,00	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	M
		Invio proposta a.....entro il 30/06/2016 Per:- Riscossione Ticket- Day Service- Dematerializzata- Integrazione dei Call Center - Percorso verso un Unico CUP- Modalità di pagamento (censimento, procedura macchinette in caso di guasto)					Verifica aggiornata al 2017-09-22 / inviata relazione con descrizione dell'attuale organizzazione e proposte							

4 - Ob Az: MALATTIE INFETTIVE										2,0						1,7
P16O01	Standardizzazione dell'offerta in una logica di rete: assicurare la consulenza infettivologica in tutti i PPOO dell'ASTNO	i-P16O01	>	%	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,0	M	
		Formalizzare la procedura: invio alla DA proposta entro giugno				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Di fatto la consulenza risulta attivata. La procedura è in bozza, da formalizzare e prevedere strumenti di monitoraggio										
		i-P16O01a	>	%	0,00	1,00	1,0	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	0,7	M	
		Monitoraggio applicazione procedura entro dic 2016 alla Direzione Sanitaria				Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
4 - Ob Az: RADIOLOGIA										1,0						0,7
P12O01	Condividere e adottare con i Pronto Soccorso protocolli diagnostici finalizzati in particolare al superamento degli automatismi prescrittivi, e audit periodici e controllo anche della direzione sanitaria	i-P12O01	>	%	0,00	1,00	1,0	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	0,7	M	
		a) Redazione del protocollo condiviso entro giugno;b) Riduzione del rapporto tra prestazioni /accessi tendente a 1,5				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati MeS 2016: tutte le ex aziende sono sotto 1,5; Pisa, con il tasso più elevato è a 1,49). Su protocolli con PS i documenti riguardano per lo più la ex Asl 5 e un doc su Lucca.										
4 - Ob Az: SALA OPERATORIA										5,9						5,9
P09O02	Mettere a disposizione del cittadino liste di attesa visibili ed aggiornate (ad oggi le liste sono sporche) accessibili in tutti i punti di programmazione chirurgica e preospedalizzazione	i-P09O01	>	%	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	M	
		a) Pulizia delle liste d'attesa e presentazione alla DA entro maggio;b) Invio proposta di una procedura ASTNO per la gestione delle liste d'attesa chirurgiche alla DA entro settembre e delibera entro dicembre;c) Unificazione dell'ufficio di programmaz				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato										
		i-P09O02	>	%	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	M	
		Invio alla D.A. proposta regolamento di sala operatoria di ASLTNO entro giugno				Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato										
4 - Ob Az: TERAPIA INTENSIVA										1,5						1,5
P06O01	Condividere criteriomogenei per standardizzare, in funzione della casistica, il numero di posti letto di terapia intensiva	i-P06O01	>	si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,5	M	
		Definizione di un documento di organizzazione dell'offerta di PL di TI e sub-int. dell'azienda di nuova costituzione				Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
		i-P06O01a	>	si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,0	M	
		Sudio di fattibilità per aumento di posti letto di TI di Livorno, al fine di assicurare i fabbisogni post chirurgici (toracica, neurochirurgica, vascolare)				Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
5 - Obiettivi QUALITA'										14,0						13,1
5 - Obiettivi QUALITA'										14,0						13,1

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,8	12	70,00	0	0%	100%	*	2,8	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								
		Q01a	> %.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%	*	1,9	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	1,9	12	3,00	0	0%	100%	3	1,9	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)								
		Q03	> %		100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%	*	1,9	
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)								
		Q04	> %		60,00	1,9	12	60,00	0	0%	100%	*	1,9	
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)								
ES	Esiti delle cure	Q05	< N.	16,56	16,55	1,9	12	14,53	-2	-12%	100%	*	1,9	M
Gestione delle criticità mediante analisi delle problematiche di esito PNE Agenas e raggiungimento dei risultati statisticamente rappresentativi non al di sotto della media nazionale, o che comunque registrino miglioramenti sostanziali più ulteriori obiettivi basati su indicatori calcolati a livello regionale (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 1)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			BPCO, rischio riammissione 30g per 100, Osp. Versilia -Periodo 2016 - fonte ProSe ARS								
		Q06	> %		1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	
Governo della rete: su specifici indicatori raggiungimento di risultati al di sopra della media nazionale o comunque miglioramenti sostanziali (allegato 7 decreto RT 6377/2016 - obiettivo 2)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			verifica per zona distretto di riferimento, (media di raggiungimento IMA, rischio di morte a 30 giorni dall'ammissione e BPCO riacutizzata, rischio di riammissione a 30 giorni dalla dimissione) fonte ProSe ARS								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

DIREZIONE RETE OSPEDALIERA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi	
p1	P2

Valutazione	
p1	P2

112_26

**DIREZIONE SANITARIA
PRESIDIO OSPEDALIERO (112)**

Totale pesi 100,0

86,4

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

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata