

D13

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Responsabile:

Per il Comparto sanitario tecnico Fabrizio Magozzi

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.

** La valutazione complessiva tiene conto di tutti gli indicatori, non solo di quelli già verificati. L'azienda, quindi, in assenza di evidenze di monitoraggio e/o di verifica, stima il grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati con i CdR, salvo verifica finale e/o eventuale controdeduzione o rinegoziazione dell'obiettivo*

D13

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Responsabile:

Macrostruttura

D13 DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,2

5,4

B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1	> N.	2,27	2,25	0,7	12	2,47	0	10%	100%	3	*	0,7	M	cts
		N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	2,25 - mes	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Regione Toscana												
B8	Gestione Dati	B22.2	> N.	3,14	3,32	2,2	12	3,47	0	4%	100%	3	*	2,2	M	cts
		N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	3,32 - mes	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Regione Toscana												
		B8.1	> %.		80,00	1,2		61,66	-18	-23%	77%		*	0,9	cio	cts
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8 - mes													
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,5	12	99,46	1	1%	100%		*	1,5	M	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	0,985 - mes	dato estratto da Infoview regionale												
		B8.4.11	> N.	97,36	95,00	1,2							*			
		Qualità del flusso informativo SDO	0,95 - mes													
		B8.4.12	> %.	36,33	90,00	1,2							*			
		Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	0,9 - mes													
		B8.4.13	> N.		90,00	1,2							*			cio
		Qualità del flusso informativo SPA	0,9 - mes													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

19,6

14,2

C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,34	1,94	4,5	12	2,29	0	18%	33%	2 *	1,5	M	
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		1,94 - mes	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO										
		ricalcolato in base al riferimento territoriale													
		C17.1.3	< %.	16,43	9,23	7,5	12	8,33	-1	-10%	100%	4 *	7,5	M	
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero		9,23 - mes	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	2,4						*		cio	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		3 - mes											cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016 Budget 2017 * Pesì Mese Consuntivo 2017 Scost. Scost. % Valutazione 2017

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2	> N.	5,99	8,00	2,4	12	7,47	-1	-7%	100%	5*	2,4	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	8 - azienda												cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%	*	0,6		cio
		Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>=80 - mes												cts
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,2	12	11,20	8	273%	100%	5*	1,2	M	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	>=3 - mes												cts
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,2	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	1 - mes												cts

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	1,5	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,5		
		Percentuale di risposta all'indagine di clima	0,55 - mes												
	Valutazione interna	E1b	>	1,00	0,0	12						*			
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)													
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	2,4	12	13,94	3	26%	2%	0*	0,0	M	cio
		Percentuale di assenza	6,77 - mes												cts
		E3	< %.	796,00	795,00	2,4	12	713,00	-82	-10%	100%	*	2,4	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	diminuzione rispetto all'anno precedente												cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

					20,0							*	20,0		
					20,0							*	20,0		
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	556.915,93	556.915,93	15,0	12	547.938,30	-8.978	-2%	100%	3*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	mantenimento - az												cts
		Euro01a	> %.	1,00	0,0	12						*			cio
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	-												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	30,0	23,3
3 - Obiettivi REGIONALI	10,2	7,6

"Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.

ny

articolazione strutture definita

non pervenuti ancora i risultati regionali

121212realizzato

vr = Valutazione ragionata

Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016 Budget 2017 * Pesì Mese Consuntivo 2017 Scost. Scost. % Valutazione 2017

RT_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	i-RT_3STRA_3TAT_2b	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
A_3TAT_2		portare tutte le zone entro 50% entro 30 gg per la prima visita fisiatrica	-									
												54,32% delle visite fisiatriche entro 30 giorni
RT_3STR	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_3STRA_4CONT_1	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
A_4CONT		Attivazione delle agenzie di continuità Ospedale Territorio a livello di zona distretto per le aziende USL e a livello di presidio per le aziende ospedaliere - costituzione formale dell'Agenzia di Continuità e delle procedure di gestione dei percorsi	-									ACOT attivate
4 - Ob Az:				0,0								
AZ_3PERS	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1	>	1,00	0,0	12					*	
S		Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	-									personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA
4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE				1,1								1,1
P27O10	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27O10	> si/no	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
		Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA	-									realizzato per quanto di competenza
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA				1,1								0,3
AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52b	>	1,00	1,1	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,3
		produzione di un documento di definizione del percorso	-									Percorso avviato ma di fatto non ancora attuato
4 - Ob Az: RIABILITAZIONE				17,5								14,3
AZ07.37	Riabilitazione ex art 26	i-AZ07.37	>	1,00	1,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	0,8
		rispetto del cronoprogramma implementazione REX26, compresi privati accreditati	-									REX è stata implementata in tutte le ex ASL tra il 2017 e il primo semestre 2018. Iniziata la fase di adozione nelle strutture private accreditate, andare in porto nel 2018
AZ07.38	procedura liquidazione priv accr	i-AZ07.38	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
		verificare il rispetto della dimissione da altri reparti nello stesso giorno per il 90% dei casi	-									OBIETTIVO DA ESCLUSIVA PROGETTUALITA DIPARTIMENTALE
AZ07.39	Speciali unità di accoglienza permanente (S.U.A.P.)	i-AZ07.39	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
		attivare la suap presso il presidio di auxilium vitae entro 1 maggio.	-									La SUAP non è stata attivata (indicazioni regionali relative all'adeguamento delle tariffe) nonostante la azienda abbia predisposto la convenzione. E' stato realizzato quanto possibile da parte del Dipartimento.
AZ07.40	unità di svezzamento auxilium vitae	i-AZ07.40	>	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6
		Avviare tavolo regionale sulla definizione della sperimentazione dello svezzamento (entro 30 aprile)	-									Il tavolo di lavoro è stato attivato ma l' Obiettivo non è stato raggiunto
AZ07.41	Implementazione del nuovo Regolamento sulla Assistenza protesica	i-AZ07.41	>	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
		1) Deliberazione e diffusione entro il 30/4/20172) Implementazione delle azioni conseguenti (monitoraggio del tavolo ad hoc)	-									Regolamento deliberato e dove possibile applicato

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017

2016 2017 2017 % 2017

AZ07.42	<u>Realizzazione degli incontri formativi tra AFT, resp.Cure primarie e Dip. Riabilitazione, volti a condividere le linee guida del regolamento e la relativa modulistica, ed a consegnare i moduli ai responsabili AFT.</u>	i-AZ07.42 Cronoprogramma degli incontri da inviare alla Direzione entro il 30/3	> -	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
						Incontri realizzati						
AZ07.43	<u>Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,...)</u>	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	> -	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
						Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Chirurgico. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono						
AZ07.44	<u>Predisposizione di un elenco delle officine sanitarie presenti nel territorio dell'ATNO da fornire agli utenti</u>	i-AZ07.44 Predisporre elenchi di zona delle officine sanitarie al fine del miglior utilizzo da parte del paziente (entro il 30/6/2017)	> -	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
						fatto, sul sito aziendale						
AZ07.45	<u>Implementazione, in ogni ambito territoriale, di un calendario settimanale di ambulatori fisiatrici dedicati al collaudo dei nuovi Ausili Riabilitativi</u>	i-AZ07.45 Evidenza del rispetto del calendario settimanale di ambulatori collaudo	> -	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6
						obiettivo parzialmente raggiunto						
AZ07.46	<u>prescrizione ausili e protesi utenti SMIA</u>	i-AZ07.46 avviamento con UF SMIA di un documento sulla prescrizione protesica su minori	> -	1,00	1,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6
						progetto avviato, manca la formalizzazione del documento						
AZ07.48	<u>Ricognizione e ridefinizione del modello organizzativo della riabilitazione</u>	i-AZ07.48 Predisposizione di un documento di ricognizione dei punti di erogazione delle visite, sia dei produttori pubblici che privati e sull'assistenza domiciliare	> -	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
						documento predisposto e inviato alla Direzione						
AZ07.49	<u>omogeneizzazione del ticket</u>	i-AZ07.49 applicazione del protocollo definito	> -	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
						Applicazione omogenea del ticket a livello aziendale						
AZ07.50	<u>rimodulazione dell'offerta dell'area ex ASL 6</u>	i-AZ07.50 diffusione tra i MMG della proposta definita	> -	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
						Rimodulazione effettuata su Villa Tirrena, introdotti criteri appropriatezza percorso 2 e condivisi con MMG						
AZ07.51	<u>modalità di produzione dei 6 erogatori</u>	i-AZ07.51 attuazione standard di appropriatezza in base a documento predisposto e monitoraggio	> -	1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1
						PROGETT. DIP						
P32O09	<u>Rimodulare l'offerta di ricoveri in Dav Hospital cod. 56 (per i residenti in RT)</u>	i-P32O09 Numero di ricoveri in D.H. senza ricovero ordinario nei precedenti 10 giorni.	> N. -	1,00	0,0	12					*	
						Valore Mes 2017 non ancora disponibile; impossibilità di calcolo da parte dell'UOBIRF						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

P32014	Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale (casi complessi compreso passaggio tra Neuropsichiat	i-P32014 Protocollo (entro Dicembre 2016)	> si/no -	1,00	1,7	12	0,25	-1	-75%	25%	0,4	cio cts
---------------	---	--	--------------	------	-----	----	------	----	------	-----	-----	------------

Il lavoro è in corso con UF SMIA e dipartimento Sociale Non auto e disabilità

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

12,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

12,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N. -	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	3,4	cio cts
----------------	---	--	-----------	------	-----	----	------	---	----	------	-----	------------

gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N. -	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	3,4	cio cts
----------------	--	---	-----------	------	-----	----	------	---	----	------	-----	------------

gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N. -	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	3,4	cio cts
----------------	---	--	-----------	------	-----	----	------	---	----	------	-----	------------

gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

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

- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget

		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % -	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	1,9	cio cts
--	--	---	----------	------	-----	----	------	---	----	------	-----	------------

il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. -	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	0,0	cio cts
-------------	---	---	-----------	-------	-------	-----	----	-------	----	-----	-----	-----	------------

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

Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

D13

**DIPARTIMENTO DELLA
RIABILITAZIONE**

Totale pesi

100,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

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)

D13A

AREA NORD

Responsabile: Federico Posteraro

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101_1FRR1056 UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE APUANE

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,1

5,9

B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	2,88	2,25	0,8	12	2,47	0	10%	100%	3 *	0,8	cts
			Fonte obt: mes - val obt: 2,25 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Regione Toscana											
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	6,02	0,27	2,5	12	3,47	3	1177%	100%	3 *	2,5	cts
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Regione Toscana											
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%		1,0	cio
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest											
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,6	12	99,46	1	1%	100%		1,6	M cio
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale											
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,3								cts
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33		1,3								
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:											
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3								cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:											

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,6

15,0

C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,39	1,94	4,9	12	2,52	1	30%	20%	2 *	1,0	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO											
			ricalcolato in base al riferimento territoriale											
		C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	7,34	9,23	8,2	12	6,63	-3	-28%	100%	4 *	8,2	M
			Fonte obt: mes - val obt: 9,23 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)											
			Tolti dal num del rapporto i ricoveri provenienti da ospedali fuori regione											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 % 2017

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	2,6												
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)																
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	2,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	2,6	M			
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:														
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%		*	0,6				
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:														
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,3	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,3	M			
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:														
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,3	M			
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:														
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,6			
		Percentuale di risposta all'indagine di clima															
				Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:													
				valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale													
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*				
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)															
				annullato, si veda email SDGrande del 10/10													
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M		cio
		Percentuale di assenza															cts
				Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:													
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016													
				dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata													
		E3	< %.	796,00	795,00	1,6	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,6	M		cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti															cts
				diminuzione rispetto all'anno precedente													
				Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS													

2 - Obiettivi ECONOMICI 20,0 9,5

2 - Obiettivi ECONOMICI 20,0 9,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	17.213,81	17.213,81	15,0	12	27.903,68	10.690	62%	30%	3	*	4,5			cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI															cts
				Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													
				tolti cdc don gnochci (priv accr)													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	> %.	0,0	12							*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										
	Euro06 Riduzione della spesa per trasporti sanitari per riabilitazione (differenziare per singole Zone)	< 0,61 0,61	2,5	12	0,52	0	-15%	100%		*	2,5		M	
		Fonte obt: - val obt: media aziendale: 0,9/ab -> mantenimento per Lucca, versilia e massa; rientro nella media per Livorno e pisa - fonte verifica:												
	Euro07 Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)	<	2,5	12				100%	vr	*	2,5			
		Fonte obt: Azienda - val obt: mantenimento di Pisa, versilia e massa; riduzione del costo procapite per Lucca (-20% rispetto a 2016) e Livorno (-10% rispetto a 2016) - fonte verifica:												

sostanzialmente invariato (incremento di 0,75%)

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

30,0

25,4

3 - Obiettivi REGIONALI

11,7

10,0

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.									
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_2 Rispetto degli accordi bilaterali sulla mobilità interregionale	>	1,00	0,0	12						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		nv									
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,7	11						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		non pervenuti ancora i risultati regionali									
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,7	12	100,00	10	11%	100%		*	1,7	
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7	
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	18,40 20,24	1,7	12	78,00	58	285%	100%		*	1,7	M
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016 Budget 2017 * Pesì Mese Consuntivo 2017 Scost.Scost. % Valutazione 2017

RT_3STR A_3TAT_2	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	i-RT_3STRA_3TAT_2b portare tutte le zone entro 50% entro 30 gg per la prima visita fisiatrice	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		54,32% delle visite fisiatriche entro 30 giorni						
RT_3STR A_4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_3STRA_4CONT_1 Attivazione delle agenzie di continuità Ospedale Territorio a livello di zona distretto per le aziende USL e a livello di presidio per le aziende ospedaliere - costituzione formale dell'Agenzia di Continuità e delle procedure di gestione dei percorsi	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		ACOT attivate						
4 - Ob Az:					0,0							
AZ_3PERS S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA						
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA					3,3	2,1						
AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52 definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						
				risultato allineato a verifica strutture pneumologia ('Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia)								
		i-AZ07.52b produzione di un documento di definizione del percorso	>	1,00	1,7	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Percorso avviato ma di fatto non ancora attuato						
4 - Ob Az: RIABILITAZIONE					15,0	13,3						
AZ07.37	Riabilitazione ex art 26	i-AZ07.37 rispetto del cronoprogramma implementazione REX26, compresi privati accreditati	>		0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		REX è stata implementata in tutte le ex ASL tra il 2017 e il primo semestre 2018. Iniziata la fase di adozione nelle strutture private accreditate, andare in porto nel 2018						
				L'obiettivo è slittato al 2018 per decisione ESTAR								
AZ07.38	procedura liquidazione priv accr	i-AZ07.38 verificare il rispetto della dimissione da altri reparti nello stesso giorno per il 90% dei casi	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		OBIETTIVO DA ESCLUSIVA PROGETTUALITA DIPARTIMENTALE						
AZ07.41	Implementazione del nuovo Regolamento sulla Assistenza Protesica	i-AZ07.41 1) Deliberazione e diffusione entro il 30/4/20172) Implementazione delle azioni conseguenti (monitoraggio del tavolo ad hoc)	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Regolamento deliberato e dove possibile applicato						
AZ07.42	Realizzazione degli incontri formativi tra AFT, resp.Cure primarie e Dip. Riabilitazione, volti a condividere le linee guida del regolamento e la relativa modulistica, ed a consegnare i moduli ai responsabili AFT.	i-AZ07.42 Cronoprogramma degli incontri da inviare alla Direzione entro il 30/3	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Incontri realizzati						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

AZ07.43	<u>Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche.....)</u>	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	<i>Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Chirurgico. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono</i>
AZ07.44	<u>Predisposizione di un elenco delle officine sanitarie presenti nel territorio dell'ATNO da fornire agli utenti</u>	i-AZ07.44 Predisporre elenchi di zona delle officine sanitarie al fine del miglior utilizzo da parte del paziente (entro il 30/6/2017)	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	<i>fatto, sul sito aziendale</i>
AZ07.45	<u>Implementazione, in ogni ambito territoriale, di un calendario settimanale di ambulatori fisiatrici dedicati al collaudo dei nuovi Ausili Riabilitativi</u>	i-AZ07.45 Evidenza del rispetto del calendario settimanale di ambulatori collaudo	>	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	<i>obiettivo parzialmente raggiunto</i>
AZ07.46	<u>prescrizione ausili e protesi utenti SMIA</u>	i-AZ07.46 avviamento con UF SMIA di un documento sulla prescrizione protesica su minori	>	1,00	1,7	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	<i>progetto avviato, manca la formalizzazione del documento</i>
AZ07.48	<u>Ricognizione e ridefinizione del modello organizzativo della riabilitazione</u>	i-AZ07.48 Predisposizione di un documento di ricognizione dei punti di erogazione delle visite, sia dei produttori pubblici che privati e sull'assistenza domiciliare	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	<i>documento predisposto e inviato alla Direzione</i>
AZ07.49	<u>omogeneizzazione del ticket</u>	i-AZ07.49 applicazione del protocollo definito	>	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	<i>Applicazione omogenea del ticket a livello aziendale</i>
P32O09	<u>Rimodulare l'offerta di ricoveri in Day Hospital cod. 56 (per i residenti in RT)</u>	i-P32O09 Numero di ricoveri in D.H. senza ricovero ordinario nei precedenti 10 giorni.	> N.	1,00	0,0	12					*		<i>Valore Mes 2017 non ancora disponibile; impossibilità di calcolo da parte dell'UOBIRF</i>

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	<i>gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)</i>
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	<i>gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)</i>
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualità, le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	<i>gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)</i>

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 % 2017

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,4	12	3,00	0	0%	100%	3	2,4	cio cts	
verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
inviati verbali														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

101_1FRR
1056

**UOC RECUPERO E
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
APUANE**

Totale pesì 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

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_211057 **UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE LUCCA**

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,1

5,9

B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	1,93	2,25	0,8	12	2,47	0	10%	100%	3 *	0,8	M	cts	
			Fonte obt: mes - val obt: 2,25 - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Regione Toscana										
			B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	0,20	0,20	2,5	12	3,47	3	1676%	100%	3 *	2,5	M	cts
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Regione Toscana										
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%		1,0		cio	cts
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:			dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										
			B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,6	12	99,46	1	1%	100%		1,6	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:			dato estratto da Infoview regionale										
			B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36	1,3										
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
			B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33	1,3										
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
			B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3									cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,6

18,6

C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,12	1,94	4.9	12	1,99	0	2%	93%	2 *	4.6	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO									
ricalcolato in base al riferimento territoriale														
		C17.1.3	< %.	16,43	9,23	8.2	12	8,33	-1	-10%	100%	4 *	8.2	M
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	Fonte obt: mes - val obt: 9,23 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	2,6												
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)																
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	2,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	2,6	M			
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%		*	0,6				
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,3	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,3	M			
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,3	M			
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,6			
		Percentuale di risposta all'indagine di clima															
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*				
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)															
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M		cio
		Percentuale di assenza															cts
		E3	< %.	796,00	795,00	1,6	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,6	M		cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	121.181,55	121.181,55	15,0	12	96.870,28	-24.311	-20%	100%	vr	3	*	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI															cts

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 0,49 vs MPond strutt: 0,42)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a	>	%.	0,0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
---	---	---------	---	----	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

30,0

23,9

3 - Obiettivi REGIONALI

11,1

7,7

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> sì/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.'</i>
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_2 Rispetto degli accordi bilaterali sulla mobilità interregionale	>	1,00	0,0	12						*		<i>nv</i>
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,6	11						*		<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,6	12	97,14	7	8%	100%		*	1,6	
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,6	12	0,86	0	-14%	86%		*	1,4	
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	502,24 552,46	1,6	12	475,00	-77	-14%	0%		*	0,0	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016 Budget 2017 * Pesì Mese Consuntivo 2017 Scost.Scost. % Valutazione 2017

RT_3STR A_3TAT_2	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	i-RT_3STRA_3TAT_2b portare tutte le zone entro 50% entro 30 gg per la prima visita fisiatrice	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	54,32% delle visite fisiatriche entro 30 giorni
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
RT_3STR A_4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_3STRA_4CONT_1 Attivazione delle agenzie di continuità Ospedale Territorio a livello di zona distretto per le aziende USL e a livello di presidio per le aziende ospedaliere - costituzione formale dell'Agenzia di Continuità e delle procedure di gestione dei percorsi	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	ACOT attivate
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
4 - Ob Az:					0,0								
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12					*		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA					3,2	2,0							
AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52 definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	PROGETTUALITA DIP
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		risultato allineato a verifica strutture pneumologia ('Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia)							
		i-AZ07.52b produzione di un documento di definizione del percorso	>	1,00	1,6	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4	Percorso avviato ma di fatto non ancora attuato
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
4 - Ob Az: RIABILITAZIONE					15,8	14,2							
AZ07.37	Riabilitazione ex art 26	i-AZ07.37 rispetto del cronoprogramma implementazione REX26, compresi privati accreditati	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	REX è stata implementata in tutte le ex ASL tra il 2017 e il primo semestre 2018. Iniziata la fase di adozione nelle strutture private accreditate, andare in porto nel 2018
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		LUCCA ha inserito REX entro il 2017							
AZ07.38	procedura liquidazione priv accr	i-AZ07.38 verificare il rispetto della dimissione da altri reparti nello stesso giorno per il 90% dei casi	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	OBIETTIVO DA ESCLUSIVA PROGETTUALITA DIPARTIMENTALE
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ07.41	Implementazione del nuovo Regolamento sulla Assistenza Protesica	i-AZ07.41 1) Deliberazione e diffusione entro il 30/4/20172) Implementazione delle azioni conseguenti (monitoraggio del tavolo ad hoc)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	Regolamento deliberato e dove possibile applicato
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									
AZ07.42	Realizzazione degli incontri formativi tra AFT, resp.Cure primarie e Dip. Riabilitazione, volti a condividere le linee guida del regolamento e la relativa modulistica, ed a consegnare i moduli ai responsabili AFT.	i-AZ07.42 Cronoprogramma degli incontri da inviare alla Direzione entro il 30/3	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	Incontri realizzati
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

AZ07.43	<u>Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche.....)</u>	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	<i>Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Chirurgico. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono</i>
AZ07.44	<u>Predisposizione di un elenco delle officine sanitarie presenti nel territorio dell'ATNO da fornire agli utenti</u>	i-AZ07.44 Predisporre elenchi di zona delle officine sanitarie al fine del miglior utilizzo da parte del paziente (entro il 30/6/2017)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	<i>fatto, sul sito aziendale</i>
AZ07.45	<u>Implementazione, in ogni ambito territoriale, di un calendario settimanale di ambulatori fisiatrici dedicati al collaudo dei nuovi Ausili Riabilitativi</u>	i-AZ07.45 Evidenza del rispetto del calendario settimanale di ambulatori collaudo	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	<i>obiettivo parzialmente raggiunto</i>
AZ07.46	<u>prescrizione ausili e protesi utenti SMIA</u>	i-AZ07.46 avviamento con UF SMIA di un documento sulla prescrizione protesica su minori	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8	<i>progetto avviato, manca la formalizzazione del documento</i>
AZ07.48	<u>Ricognizione e ridefinizione del modello organizzativo della riabilitazione</u>	i-AZ07.48 Predisposizione di un documento di ricognizione dei punti di erogazione delle visite, sia dei produttori pubblici che privati e sull'assistenza domiciliare	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	<i>documento predisposto e inviato alla Direzione</i>
AZ07.49	<u>omogeneizzazione del ticket</u>	i-AZ07.49 applicazione del protocollo definito	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	<i>Applicazione omogenea del ticket a livello aziendale</i>
P32O09	<u>Rimodulare l'offerta di ricoveri in Day Hospital cod. 56 (per i residenti in RT)</u>	i-P32O09 Numero di ricoveri in D.H. senza ricovero ordinario nei precedenti 10 giorni.	> N.	1,00	0,0	12					*		<i>Valore Mes 2017 non ancora disponibile; impossibilità di calcolo da parte dell'UOBIRF</i>

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	<i>gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)</i>
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	<i>gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)</i>
2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	<i>gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)</i>

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,4	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,4	cio cts	
verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
verbalizzati pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo **Budget** * **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**
2016 **2017** **2017** % **Valutazione 2017**

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_21105
7

**UOC RECUPERO E
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
LUCCA**

Totale pesi **100,0**

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

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

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

UO/UF

112_41L5 **UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE VERSILIA****1 - Obiettivi MeS****35,0****26,5****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****10,1****5,9**

B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	2,44	2,44	0,8	12	2,47	0	1%	100%	3 *	0,8	M	cts
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Regione Toscana												
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	3,62	3,32	2,5	12	3,47	0	4%	100%	3 *	2,5		cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3,32 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Regione Toscana												
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%		1,0	cio	cts
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest												
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,6	12	99,46	1	1%	100%		1,6	M	cio
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica: dato estratto da Infoview regionale												
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,3									
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33		1,3									
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3									cio
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**21,6****17,2**

C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,49	1,94	4,9	12	2,24	0	16%	65%	2 *	3,2	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica: dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO												
			ricalcolato in base al riferimento territoriale												
		C17.1.3 % ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	8,77	9,23	8,2	12	6,72	-3	-27%	100%	4 *	8,2	M	
			Fonte obt: mes - val obt: 9,23 - fonte verifica: dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	2,6												
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)																
				Fonte obt: mes - val obt: 3 - fonte verifica:														
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	2,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	2,6	M			
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																
				Fonte obt: azienda - val obt: 8 - fonte verifica:														
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%		*	0,6				
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																
				Fonte obt: mes - val obt: >=80 - fonte verifica:														
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,3	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,3	M			
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																
				Fonte obt: mes - val obt: >=3 - fonte verifica:														
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,3	M			
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																
				Fonte obt: mes - val obt: 100% - fonte verifica:														
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,6			
		Percentuale di risposta all'indagine di clima															
				Fonte obt: mes - val obt: 55% - fonte verifica:													
				valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale													
	Valutazione interna	E1b	>		1,00	0,0	12						*				
		Analisi dei risultati dell'indagine di clima interno e definizione di azioni di miglioramento sulle criticità (a risultati ottenuti)															
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12	13,94	3	26%	2%	0	*	0,0	M		cio
		Percentuale di assenza															cts
				Fonte obt: mes - val obt: 6,77 - fonte verifica:													
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016													
				dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata													
		E3	< %.	796,00	795,00	1,6	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,6	M		cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti															cts
				diminuzione rispetto all'anno precedente													
				Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Livello di calcolo Asl TNO - il dato del tasso di infortuni non è disponibile, al 10/10/2018, nel sito MeS													

2 - Obiettivi ECONOMICI 20,0 9,5

2 - Obiettivi ECONOMICI 20,0 9,5

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	347.506,31	347.506,31	15,0	12	362.546,04	15.040	4%	30%	3	*	4,5			cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI															cts
				Fonte obt: az - val obt: mantenimento - fonte verifica:													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a	> %.	0,0	12								*		
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta											
		Euro06	<	0,61	0,61	2,5	12	0,56	0	-8%	100%		*	2,5	M
		Riduzione della spesa per trasporti sanitari per riabilitazione (differenziare per singole Zone)	Fonte obt: - val obt: media aziendale: 0,9/ab -> mantenimento per Lucca, versilia e massa; rientro nella media per Livorno e pisa - fonte verifica:												
		Euro07	<			2,5	12				100%	vr	*	2,5	
		Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)	Fonte obt: Azienda - val obt: mantenimento di Pisa, versilia e massa; riduzione del costo procapite per Lucca (-20% rispetto a 2016) e Livorno (-10% rispetto a 2016) - fonte verifica:												

sostanzialmente invariato (incremento di 0,06%)

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	cio cts
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
			'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.											
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_2 Rispetto degli accordi bilaterali sulla mobilità interregionale	>	1,00	0,0	12						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,6	11						*		
			Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,6	12	100,00	10	11%	100%		*	1,6	
			Fonte obt: RT - val obt: 90% - fonte verifica:											
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel 1° semestre)	> %	1,00	1,6	12	0,67	0	-33%	67%		*	1,1	
			Fonte obt: AZ - val obt: 100% - fonte verifica:											
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel 1° semestre)	>	82,05 90,25	1,6	12	16,00	-74	-82%	0%		*	0,0	
			Fonte obt: AZ - val obt: +10% - fonte verifica:											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo 2016 Budget 2017 * Pesì Mese Consuntivo 2017 Scost.Scost. % Valutazione 2017

RT_3STR A_3TAT_2	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	i-RT_3STRA_3TAT_2b portare tutte le zone entro 50% entro 30 gg per la prima visita fisiatrice	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		54,32% delle visite fisiatriche entro 30 giorni						
RT_3STR A_4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_3STRA_4CONT_1 Attivazione delle agenzie di continuità Ospedale Territorio a livello di zona distretto per le aziende USL e a livello di presidio per le aziende ospedaliere - costituzione formale dell'Agenzia di Continuità e delle procedure di gestione dei percorsi	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		ACOT attivate						
4 - Ob Az:					0,0							
AZ_3PERS S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA						
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA					3,2	2,0						
AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52 definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						
				risultato allineato a verifica strutture pneumologia ('Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia)								
		i-AZ07.52b produzione di un documento di definizione del percorso	>	1,00	1,6	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Percorso avviato ma di fatto non ancora attuato						
4 - Ob Az: RIABILITAZIONE					15,8	14,2						
AZ07.37	Riabilitazione ex art 26	i-AZ07.37 rispetto del cronoprogramma implementazione REX26, compresi privati accreditati	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		REX è stata implementata in tutte le ex ASL tra il 2017 e il primo semestre 2018. Iniziata la fase di adozione nelle strutture private accreditate, andare in porto nel 2018						
				VERSILIA ha inserito REX entro il 2017								
AZ07.38	procedura liquidazione priv accr	i-AZ07.38 verificare il rispetto della dimissione da altri reparti nello stesso giorno per il 90% dei casi	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		OBIETTIVO DA ESCLUSIVA PROGETTUALITA DIPARTIMENTALE						
AZ07.41	Implementazione del nuovo Regolamento sulla Assistenza Protesica	i-AZ07.41 1) Deliberazione e diffusione entro il 30/4/20172) Implementazione delle azioni conseguenti (monitoraggio del tavolo ad hoc)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Regolamento deliberato e dove possibile applicato						
AZ07.42	Realizzazione degli incontri formativi tra AFT, resp.Cure primarie e Dip. Riabilitazione, volti a condividere le linee guida del regolamento e la relativa modulistica, ed a consegnare i moduli ai responsabili AFT.	i-AZ07.42 Cronoprogramma degli incontri da inviare alla Direzione entro il 30/3	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Incontri realizzati						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

AZ07.43	Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche.....)	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Chirurgico. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono						
AZ07.44	Predisposizione di un elenco delle officine sanitarie presenti nel territorio dell'ATNO da fornire agli utenti	i-AZ07.44 Predisporre elenchi di zona delle officine sanitarie al fine del miglior utilizzo da parte del paziente (entro il 30/6/2017)	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		fatto, sul sito aziendale						
AZ07.45	Implementazione, in ogni ambito territoriale, di un calendario settimanale di ambulatori fisiatrici dedicati al collaudo dei nuovi Ausili Riabilitativi	i-AZ07.45 Evidenza del rispetto del calendario settimanale di ambulatori collaudo	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo parzialmente raggiunto						
AZ07.46	prescrizione ausili e protesi utenti SMIA	i-AZ07.46 avviamento con UF SMIA di un documento sulla prescrizione protesica su minori	>	1,00	1,6	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,8
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		progetto avviato, manca la formalizzazione del documento						
AZ07.48	Ricognizione e ridefinizione del modello organizzativo della riabilitazione	i-AZ07.48 Predisposizione di un documento di ricognizione dei punti di erogazione delle visite, sia dei produttori pubblici che privati e sull'assistenza domiciliare	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		documento predisposto e inviato alla Direzione						
AZ07.49	omogeneizzazione del ticket	i-AZ07.49 applicazione del protocollo definito	>	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Applicazione omogenea del ticket a livello aziendale						
P32O09	Rimodulare l'offerta di ricoveri in Day Hospital cod. 56 (per i residenti in RT)	i-P32O09 Numero di ricoveri in D.H. senza ricovero ordinario nei precedenti 10 giorni.	> N.	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore Mes 2017 non ancora disponibile; impossibilità di calcolo da parte dell'UOBIRF						

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

2017_Q1	valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 % 2017

2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento. (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		2,7		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,4	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,4	cio cts	
verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12														
verbalì pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3*	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:														
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

112_41L5

**UOC RECUPERO E
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
VERSILIA**

Totale pesì

100,0

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

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)

D13B

AREA SUD

Responsabile: Cristina Laddaga

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

105_BD111110
2L5

UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE PISA

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,1

5,7

B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1	N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	1,95	2,25	0,8	12	2,05	0	-9%	73%	4	*	0,6	M	cts
				Fonte obt: mes - val obt: 2,25 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Pisana, fonteRegione Toscana									
		B22.2	N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	4,18	0,31	2,5	12	4,47	4	1332%	100%	4	*	2,5	M	cts
				Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Pisana, fonteRegione Toscana									
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%		*	1,0		cio
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:				dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest									cts
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,6	12	99,46	1	1%	100%		*	1,6	M	cio
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:				dato estratto da Infoview regionale									cts
		B8.4.11	Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,3							*			
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.12	Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33		1,3							*			
				Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:													
		B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3							*			cio
				Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,6

14,1

C17	Riabilitazione	C17.1.1	Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,60	1,94	4,9	12	2,68	1	38%	0%	1 *	0,0	
				Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Pisana, fonteFlusso SDO							
				ricalcolato in base al riferimento territoriale											
		C17.1.3	% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	< %.	16,43	9,23	8,2	12	8,33	-1	-10%	100%	4 *	8,2	M
				Fonte obt: mes - val obt: 9,23 - fonte verifica:				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO							

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 %

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,61	3,00	2,6													
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)																	
		C6.2.2	> N.	5,99	8,00	2,6	12	7,47	-1	-7%	100%	5	*	2,6	M				
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																	
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	0,6	12	80,00	0	0%	100%		*	0,6					
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																	
		C6.6	> %	2,66	3,00	1,3	12	11,20	8	273%	100%	5	*	1,3	M				
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																	
		C6.7.1	> N.	83,00	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,3	M				
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)																	

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,6	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	1,6						
		Percentuale di risposta all'indagine di clima																		

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	7.362,09	7.362,09	15,0	12	5.380,69	-1.981	-27%	100%	vr	3	*	15,0	M		cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI																cts

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 0,49 vs MPond strutt: 0,01)

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	30,0	23,2
3 - Obiettivi REGIONALI	10,1	6,5

RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_2	>		1,00	0,0	12						+	
		Rispetto degli accordi bilaterali sulla mobilità interregionale			<i>Fonte obt:</i> - <i>val obt:</i> - <i>fonte verifica:</i>		nv							

RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
-------------------	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

martedì 12 marzo 2019

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_3TAT_2	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	i-RT_3STRA_3TAT_2b portare tutte le zone entro 50% entro 30 gg per la prima visita fisiatrica	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		54,32% delle visite fisiatriche entro 30 giorni						
RT_3STR A_4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_3STRA_4CONT_1 Attivazione delle agenzie di continuità Ospedale Territorio a livello di zona distretto per le aziende USL e a livello di presidio per le aziende ospedaliere - costituzione formale dell'Agenzia di Continuità e delle procedure di gestione dei percorsi	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		ACOT attivate						
4 - Ob Az:					0,0							
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA						
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA					2,9	1,8						
AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52 definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		PROGETTUALITA DIP						
				risultato allineato a verifica strutture pneumologia ('Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia)								
		i-AZ07.52b produzione di un documento di definizione del percorso	>	1,00	1,4	12	0,25	-1	-75%	25%	*	0,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Percorso avviato ma di fatto non ancora attuato						
4 - Ob Az: RIABILITAZIONE					17,0	14,9						
AZ07.37	Riabilitazione ex art 26	i-AZ07.37 rispetto del cronoprogramma implementazione REX26, compresi privati accreditati	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		REX è stata implementata in tutte le ex ASL tra il 2017 e il primo semestre 2018. Iniziata la fase di adozione nelle strutture private accreditate, andare in porto nel 2018						
				Pisa ha inserito REX entro il 2017								
AZ07.38	procedura liquidazione priv acc	i-AZ07.38 verificare il rispetto della dimissione da altri reparti nello stesso giorno per il 90% dei casi	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		OBIETTIVO DA ESCLUSIVA PROGETTUALITA DIPARTIMENTALE						
AZ07.39	Speciali unità di accoglienza permanente (S.U.A.P.)	i-AZ07.39 attivare la suap presso il presidio di auxilium vitae entro 1 maggio.	>	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		La SUAP non è stata attivata (indicazioni regionali relative all'adeguamento delle tariffe) nonostante la azienda abbia predisposto la convenzione. E' stato realizzato quanto possibile da parte del Dipartimento,						
AZ07.40	unità di svezamento auxilium vitae	i-AZ07.40 Avviare tavolo regionale sulla definizione della sperimentazione dello svezamento (entro 30 aprile)	>	1,00	1,2	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,6
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il tavolo di lavoro è stato attivato ma l' Obiettivo non è stato raggiunto						
AZ07.41	Implementazione del nuovo Regolamento sulla Assistenza protesica	i-AZ07.41 1) Deliberazione e diffusione entro il 30/4/2017) Implementazione delle azioni conseguenti (monitoraggio del tavolo ad hoc)	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Regolamento deliberato e dove possibile applicato						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

AZ07.42	<u>Realizzazione degli incontri formativi tra AFT, resp.Cure primarie e Dip. Riabilitazione, volti a condividere le linee guida del regolamento e la relativa modulistica, ed a consegnare i moduli ai responsabili AFT.</u>	i-AZ07.42 Cronoprogramma degli incontri da inviare alla Direzione entro il 30/3	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Incontri realizzati						
AZ07.43	<u>Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,...)</u>	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/20172) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Chirurgico. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono						
AZ07.44	<u>Predisposizione di un elenco delle officine sanitarie presenti nel territorio dell'ATNO da fornire agli utenti</u>	i-AZ07.44 Predisporre elenchi di zona delle officine sanitarie al fine del miglior utilizzo da parte del paziente (entro il 30/6/2017)	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		fatto, sul sito aziendale						
AZ07.45	<u>Implementazione, in ogni ambito territoriale, di un calendario settimanale di ambulatori fisiatrici dedicati al collaudo dei nuovi Ausili Riabilitativi</u>	i-AZ07.45 Evidenza del rispetto del calendario settimanale di ambulatori collaudo	>	1,00	1,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo parzialmente raggiunto						
AZ07.46	<u>prescrizione ausili e protesi utenti SMIA</u>	i-AZ07.46 avviamento con UF SMIA di un documento sulla prescrizione protesica su minori	>	1,00	1,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		progetto avviato, manca la formalizzazione del documento						
AZ07.48	<u>Ricognizione e ridefinizione del modello organizzativo della riabilitazione</u>	i-AZ07.48 Predisposizione di un documento di ricognizione dei punti di erogazione delle visite, sia dei produttori pubblici che privati e sull'assistenza domiciliare	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		documento predisposto e inviato alla Direzione						
AZ07.49	<u>omogeneizzazione del ticket</u>	i-AZ07.49 applicazione del protocollo definito	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Applicazione omogenea del ticket a livello aziendale						
P32O09	<u>Rimodulare l'offerta di ricoveri in Dav Hospital cod. 56 (per i residenti in RT)</u>	i-P32O09 Numero di ricoveri in D.H. senza ricovero ordinario nei precedenti 10 giorni.	> N.	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore Mes 2017 non ancora disponibile; impossibilità di calcolo da parte dell'UOBIRF						

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,3

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,3

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						
2017_Q1b	<u>Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza</u>	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

2017_Q2	<u>supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività* e gli edifici di pertinenza</u>	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7		
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
2017_Q3	<u>autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accREDITamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)</u>	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7		
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,4	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	0,7	cio cts	
		verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 verbal pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget													
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	cio cts	
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)													
B3az	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	*	0,0	cio cts
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO													
		Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pesì	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost. %	Valutazione 2017
--------------------	------------------------	--------	------	--------------------	-------------	-------------	------------------

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

105_BD11
11102L5

**UOC RECUPERO E
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
PISA**

Totale pesì 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

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_HRI0056 **UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE LIVORNO**

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

10,1

5,4

B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	2,50	2,67	0,8	12	2,47	0	-7%	30%	3	*	0,2	cts
			Fonte obt: mes - val obt: mantenimento - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Regione Toscana										
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	1,39	3,32	2,5	12	3,47	0	4%	100%	3	*	2,5	M cts
			Fonte obt: mes - val obt: 3,32 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Regione Toscana										
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	1,3	12	61,66	-18	-23%	77%		*	1,0	cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo ASL Toscana Nord Ovest										
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,6	12	99,46	1	1%	100%		*	1,6	M cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:		dato estratto da Infoview regionale										
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	> N.	97,36		1,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.12 Corretta compilazione della causa esterna in caso di traumatismi	> %.	36,33		1,3							*		
			Fonte obt: mes - val obt: da definire - fonte verifica:												
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	1,3							*		cio cts
			Fonte obt: mes - val obt: 90% - fonte verifica:												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

21,6

13,0

C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	2,12	1,94	4,9	12	2,01	0	4%	79%	2 *	3,9	M
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	Fonte obt: mes - val obt: 1,94 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso SDO									
			ricalcolato in base al riferimento territoriale											
		C17.1.3	< %.	6,35	9,23	8,2	12	11,30	2	22%	40%	4 *	3,3	
		% ricoveri in specialità 56 non preceduti da altro ricovero	Fonte obt: mes - val obt: 9,23 - fonte verifica:		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Cecina (LI)									

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost.
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------	--------

Valutazione 2017

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

2 - Obiettivi ECONOMICI	20,0	17,5
--------------------------------	-------------	-------------

20,0	17,5
------	------

bonus 25% : consumi interni med pond inf alla med pond delle strutt az omologhe in disci (MPond disci: 0.49 vs MPond strutt: 0.15)

martedì 12 marzo 2019

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01a	> %.	0,0	12							*		
		Distribuzione diretta farmaceutica (SI VEDA OBIETTIVI SETTORE REGIONALE COMPETENTE)	Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:	Obiettivi regionali non specifici per distribuzione diretta										
		Euro06	<	1,28	0,90	2,5	12	1,01	0	12%	72%	*	1,8	M
		Riduzione della spesa per trasporti sanitari per riabilitazione (differenziare per singole Zone)	Fonte obt: - val obt: media aziendale: 0,9/ab -> mantenimento per Lucca, versilia e massa; rientro nella media per Livorno e pisa - fonte verifica:											
		Euro07	<	11,23	10,11	2,5	12	10,92	1	8%	28%	*	0,7	M
		Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)	Fonte obt: Azienda - val obt: mantenimento di Pisa, versilia e massa; riduzione del costo procapite per Lucca (-20% rispetto a 2016) e Livorno (-10% rispetto a 2016) - fonte verifica:											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

30,0

22,9

3 - Obiettivi REGIONALI

11,4

6,8

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> sì/no	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4	<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.'</i>
RT_3STR A_1AV	STRATEGIE REGIONALI - Programmazione di Area Vasta	RT_3STRA_1AV_2 Rispetto degli accordi bilaterali sulla mobilità interregionale	>	1,00	0,0	12						*		<i>nv</i>
RT_3STR A_3TAT	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	RT_3STRA_3TAT_4 4) Numero di agende su base annua a scorrimento giornaliero >= 10%	>	1,00	1,4	11						*		<i>non pervenuti ancora i risultati regionali</i>
		RT_3STRA_3TAT_9 9) Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica (>90%)	>	90,00	1,4	12	0,00	-90	-100%	0%		*	0,0	
		RT1.1 9) Ricetta dematerializzata: % dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (nel I° semestre)	> %	1,00	1,4	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,1	
		RT1.2 9) Ricetta dematerializzata: prescrizioni in dema rispetto all'anno precedente (nel I° semestre)	>	267,53 294,28	1,4	12	137,00	-157	-53%	0%		*	0,0	

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 % 2017

RT_3STR A_3TAT_2	STRATEGIE REGIONALI - Tempi di attesa	i-RT_3STRA_3TAT_2 prenotazione a CUP delle visite fisiatriche sulla ex asl di Livorno	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	realizzato
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
		i-RT_3STRA_3TAT_2b portare tutte le zone entro 50% entro 30 gg per la prima visita fisiatrica	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	54,32% delle visite fisiatriche entro 30 giorni
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
RT_3STR A_4CONT	STRATEGIE REGIONALI - Continuità Assistenziale	RT_3STRA_4CONT_1 Attivazione delle agenzie di continuità Ospedale Territorio a livello di zona distretto per le aziende USL e a livello di presidio per le aziende ospedaliere - costituzione formale dell'Agenzia di Continuità e delle procedure di gestione dei percorsi	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	ACOT attivate
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az:				0,0									
AZ_3PER S	Assegnazione del personale medico specialista convenzionato	AZ_3PERS_1 Governo del personale medico specialista convenzionato operante nei poliambulatori a seguito dell'assegnazione a ciascun dipartimento	>	1,00	0,0	12							personale attribuito alle specialità con DDG 709/2017; successivamente riattribuito principalmente alle cure primarie con DDG 278 dell'aprile 2018; comunque appena uscita la delibera c'è stato un ripensamento da parte della direzione come si può vedere dalle mail inviate dalla dott.ssa Ballucchi ANNULLA
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az: PNEUMOLOGIA				2,9		1,8							
AZ07.52	ventiloterapia domiciliare	i-AZ07.52 definizione del percorso e verificare i consumi dei pazienti che usano Cpap	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	PROGETTUALITA DIP
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		risultato allineato a verifica strutture pneumologia ("Realizzata procedura e comunicato al Dip Farmaco nominativi dei pazienti in terapia")									
		i-AZ07.52b produzione di un documento di definizione del percorso	>	1,00	1,4	12	0,25	-1	-75%	25%		0,4	Percorso avviato ma di fatto non ancora attuato
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
4 - Ob Az: RIABILITAZIONE				15,7		14,3							
AZ07.37	Riabilitazione ex art 26	i-AZ07.37 rispetto del cronoprogramma implementazione REX26, compresi privati accreditati	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	REX è stata implementata in tutte le ex ASL tra il 2017 e il primo semestre 2018. Iniziata la fase di adozione nelle strutture private accreditate, andare in porto nel 2018
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Livorno ha sempre avuto REX: come non fa a non raggiungere l'obiettivo;									
AZ07.38	procedura liquidazione priv accr	i-AZ07.38 verificare il rispetto della dimissione da altri reparti nello stesso giorno per il 90% dei casi	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	OBIETTIVO DA ESCLUSIVA PROGETTUALITA DIPARTIMENTALE
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											
AZ07.41	Implementazione del nuovo Regolamento sulla Assistenza Protesica	i-AZ07.41 1) Deliberazione e diffusione entro il 30/4/20172) Implementazione delle azioni conseguenti (monitoraggio del tavolo ad hoc)	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	Regolamento deliberato e dove possibile applicato
		Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

Consuntivo Budget * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 2017 2017 % Valutazione 2017

AZ07.42	<u>Realizzazione degli incontri formativi tra AFT, resp.Cure primarie e Dip. Riabilitazione, volti a condividere le linee guida del regolamento e la relativa modulistica, ed a consegnare i moduli ai responsabili AFT.</u>	i-AZ07.42 Cronoprogramma degli incontri da inviare alla Direzione entro il 30/3	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Incontri realizzati						
AZ07.43	<u>Stesura di una procedura (linee d'indirizzo) sulle protesi riabilitative prescrivibili da specialisti (otorini per protesi acustiche,....)</u>	i-AZ07.43 1) Definizione delle linee di indirizzo entro il 30/6/2017) > dell'80% delle prescrizioni rispettano i criteri di appropriatezza(indicatore sarà calcolato attraverso i dati estratti dal software autorizzativo)3) linea di indirizzo su plantari	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Il progetto per le protesi acustiche è stato ultimato in accordo con Dip. Chirurgico. Nel 2018 Dovrà essere aggiornato alla luce del nuovo nomenclatore nazionale (nuovi LEA) uscito a marzo 2018. E stato valutato soltanto il primo punto. Per il resto sono						
AZ07.44	<u>Predisposizione di un elenco delle officine sanitarie presenti nel territorio dell'ATNO da fornire agli utenti</u>	i-AZ07.44 Predisporre elenchi di zona delle officine sanitarie al fine del miglior utilizzo da parte del paziente (entro il 30/6/2017)	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		fatto, sul sito aziendale						
AZ07.45	<u>Implementazione, in ogni ambito territoriale, di un calendario settimanale di ambulatori fisiatrici dedicati al collaudo dei nuovi Ausili Riabilitativi</u>	i-AZ07.45 Evidenza del rispetto del calendario settimanale di ambulatori collaudo	>	1,00	1,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		obiettivo parzialmente raggiunto						
AZ07.46	<u>prescrizione ausili e protesi utenti SMIA</u>	i-AZ07.46 avviamento con UF SMIA di un documento sulla prescrizione protesica su minori	>	1,00	1,4	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		progetto avviato, manca la formalizzazione del documento						
AZ07.48	<u>Ricognizione e ridefinizione del modello organizzativo della riabilitazione</u>	i-AZ07.48 Predisposizione di un documento di ricognizione dei punti di erogazione delle visite, sia dei produttori pubblici che privati e sull'assistenza domiciliare	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		documento predisposto e inviato alla Direzione						
AZ07.49	<u>omogeneizzazione del ticket</u>	i-AZ07.49 applicazione del protocollo definito	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Applicazione omogenea del ticket a livello aziendale						
AZ07.50	<u>rimodulazione dell'offerta dell'area ex ASL 6</u>	i-AZ07.50 diffusione tra i MMG della proposta definita	>	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Rimodulazione effettuata su Villa Tirrena, introdotti criteri appropriatezza percorso 2 e condivisi con MMG						
P32O09	<u>Rimodulare l'offerta di ricoveri in Day Hospital cod. 56 (per i residenti in RT)</u>	i-P32O09 Numero di ricoveri in D.H. senza ricovero ordinario nei precedenti 10 giorni.	> N.	1,00	0,0	12					*	
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		Valore Mes 2017 non ancora disponibile; impossibilità di calcolo da parte dell'UOBIRF						

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,3

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,3

2017_Q1	<u>valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale</u>	2017_Q1.1 attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a seguito di giri della sicurezza (patient safety walkaround)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
				Fonte obt: - val obt: - fonte verifica:		gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 2017 % 2017

2017_Q1b	Rischio clinico: riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza	2017_Q1.1b partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
2017_Q2	supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi) per le attività e gli edifici di pertinenza	2017_Q2.1 attestazione della UOC Qualita', le attestazioni devono essere presentate alla Regione entro l'anno 2017, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
2017_Q3	autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti)	2017_Q3.1 attestazione della UOC Qualita'	> N.	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7		
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,4	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,7	cio cts	
verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 verbali pervenuti al CdG H al 2018-10-15 ; nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	*	1,6	cio cts	
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, raggiungendo la percentuale di adesione richiesta (mail del 2018-09-17)														
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12	78,00	-4	-5%	30%	3	0,0	cio cts
Fonte obt: - val obt: - fonte verifica: monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato, mail AB del 2019-03-11 per uniformare valutazione con cdr territorio già annullati														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

DIPARTIMENTO DELLA RIABILITAZIONE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 2017

106_HRI0
056

**UOC RECUPERO E
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
LIVORNO**

Totale pesì

Pesì
p1 P2

100,0

Valutazione
p1 P2

Per il punteggio finale
si veda il report
riepilogativo per
dipartimenti e UU.OO.

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)