

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

STAFFDS

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

NOTA: l'andamento delle Performance dipende anche dal grado di aggiornamento degli obiettivi; in altri termini, se un obiettivo non è ancora monitorato, in questo report si considera non valutato, confidando però nel suo pieno raggiungimento, oppure viene fatta una stima a fine anno con criteri esplicitati nelle note delle schede di dettaglio. Il risultato consuntivo potrà essere comunque valutato a pieno solo quando avremo tutti gli obiettivi verificati e dopo la chiusura dell'anno di riferimento, entro il 30/06 dell'anno successivo.

Performance in termini di:

RAGGIUNGIMENTO e MIGLIORAMENTO *Per la valutazione della performance la scala di valutazione adottata è quella proporzionale con valore minimo alla % di scostamento del target rispetto al consuntivo.*

In altri termini, con il pieno rispetto del budget si ottiene 100, con un rispetto parziale si ottiene un punteggio tra 0 e 100 confrontando la STRADA FATTA (differenza tra Consuntivo anno budget e Consuntivo anno precedente) e la STRADA DA FARE (differenza tra Budget e Consuntivo anno precedente).

Un peggioramento rispetto al Consuntivo dell'anno precedente comporta una valutazione pari a 0.

Nel calcolo si tiene conto anche del posizionamento nella scala di valutazione del bersaglio MeS, ovvero con fascia superiore o uguale a 2 (giallo, verde o verdone) si ottiene il punteggio corrispondente alla fascia (in %) anche in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo o di peggioramento.

** 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*

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

STAFFDS

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Responsabile:

Macrostruttura

STAFFDS STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

C6c	Rischio Clinico	C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	> %	7,86	3,00	1,6	12	11,20	8	273%	100%	5*	1.6	M	cio	
				consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore												cts	
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	6,4	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		6,4				
				valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale															
				E2	Percentuale di assenza	<	%.	13,99	11,04	0,0	12					0*		cio	
				Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere															
				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016															
				dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata															
				E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<	%.	796,00	795,00	0,0	12	713,00	-82	-10%	100%		0,0	M	cio
				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. Live															

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €	1.606.225,09	1.336.243,22	2,0	12	1.441.711,68	105.468	8%	100%	vr	3	2,0	M	cio
				importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA													cts

scostamento non significativo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

							82,0								78,2		
							5,5								5,5		

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	5,5	cio cts
<p>Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale</p> <p><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></p>												
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> % da aggiornare pre-consuntivo	60,00	90,00	0,0	12					
<p>E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)</p> <p><i>obiettivo non pertinente per la struttura</i></p>												
4 - Ob Az: AREA PENITENZIARIA					16,6							
P68O01	Revisione del percorso assistenziale con redazione di un protocollo omogeneo per tutte le strutture sanitarie	i-P68O01	> si/no	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	5,5	
<p>Protocollo entro 30/12/17</p> <p><i>La procedura PR AZI.073 datata 30 novembre 2017 è stata approvata dalla direzione Aziendale (mail dott. Vecchio 28/12/2017)</i></p>												
P68O02	Carta dei servizi presente in tutte le strutture	i-P68O02	> si/no	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	5,5	
<p>Carta servizi in struttura entro 30/12/17</p> <p><i>E' l'allegato 8 alla PR AZI.073 (vedi sopra) . Il documento, però, è riferito al carcere di Pisa con logo ex ASL5</i></p>												
P68O03	Presenza in tutte le strutture del protocollo per la prevenzione TBC e legionella concordato con le Direzioni degli Istituti	i-P68O03	> si/no	1,00	5,5	12	1,00	0	0%	100%	5,5	
<p>Protocollo redatto entro 30/7/2017</p> <p><i>carta dei servizi presente in tutte le strutture residenziali</i></p> <p><i>Procedura TBC AZI.074, Legionellosi AZI.078 datate 30/11/2017 e inserite a luglio 2018. Procedure redatte in ritardo di 4 mesi</i></p>												
4 - Ob Az: BANCA CORNEE					16,6							
P66O01	Mantenimento della certificazione ISO 9001-2015	i-P66O01	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3	
<p>Certificato sorveglianza 2017</p> <p><i>Obiettivo raggiunto, la Certificazione ISO 9001 è stata mantenuta. Audit effettuato in data 21 Dicembre 2017, non sono state emesse NC, sono invece state identificate n. 2 Osservazioni e n. 3 Opportunità di miglioramento. E' stato emesso certificato di co</i></p>												
P66O02	Mantenimento dell'autosufficienza nelle richieste di trapianto	i-P66O02	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3	
<p>Indicatore da definire</p> <p><i>Obiettivo raggiunto, nel corso del 2017 non sono state richieste da banche extraregionali tessuti oculari per l'utilizzo in Toscana. E' da specificare il fatto che un particolare tipo di preparazione di tessuto oculare (Cornea idonea per DMEK) è stata oggi</i></p>												
P66O03	Distribuzione di lenticoli per DMEK	i-P66O03	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3	
<p>Indicatore da definire</p> <p><i>Obiettivo raggiunto, le prime due cornee per DMEK (LU1702740101 e LU1702850100) inviate in data 28/04/2017 presso la U.O. Oculistica dell'Osp. di Prato. Documenti di riferimento richieste W201700279 e W201700292.</i></p>												
P66O04	Produzione di terreno auto assemblato per organocultura	i-P66O04	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3	
<p>Indicatore da definire</p> <p><i>Obiettivo raggiunto, il primo lotto del terreno autoassemblato cod. IMDM001-17è stato prodotto ed utilizzato in data 03/08/2017. Documento di riferimento ID 86-01 A Dichiarazione di conformità emesso in data 03/08/2017.</i></p>												

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

P66O05	Qualifica delle cappe a flusso laminare	i-P66O05	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3
Indicatore da definire		Obiettivo raggiunto, la qualifica di tutte le cappe a flusso laminare del Centro Cornee, è stata effettuata il giorno 20/12/2017. Documenti di riferimento : Report 01/2017, 02/2017, 03/2017, 04/2017 e 05/2017 relativi ognuna alla specificata cappa a flus									

4 - Ob Az: COORD. LOCALE TRAPIANTI

13,3

10,0

P69O01	Produzione manuale unico accreditamento. Coordinamento locale donazioni organi e tessuti asl toscana NO	i-P69O01	> si/no	1,00	3,3	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0
Manuale pubblicato entro il 31.12.2017		Obiettivo non ancora raggiunto: realizzata solo parte dei documenti (attualmente in progress: 1) procedura unica aziendale recante le modalità di attivazione del C									

P69O02	Ottimizzazione della organizzazione a supporto / affiancamento processi donazione (turno sostituzione tra i coordinatori locali)	i-P69O02	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3
Presenza del turno a partire dal 1 giugno 2017		Obiettivo raggiunto: turno a partire da gennaio, evidenza documentale disponibile presso archivio Uffici competenti.									

P69O03	Revisione della attività con metodologia e criteri unificati: esecuzione, nel polo sud e nel polo nord, di	i-P69O03	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3
Almeno tre incontri di revisione delle attività svolte e analisi delle criticità con elaborazione di specifici report polo nord e tre report polo sud entro il 31.12.207		Obiettivo raggiunto: Polo SUD: 17 gennaio 2017, 10 marzo 2017 e 27 aprile 2017 : verbali custoditi c/o Ufficio Coordinamento Polo Sud; Polo Nord									

P69O04	Verifica delle competenze del personale coinvolto nel processo di donazione secondo una metodologia unica aziendale	i-P69O04	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3
Elaborazione di una griglia di verifica delle competenze unica aziendale entro il 31.12.207		Obiettivo raggiunto: Elaborata griglia, in corso di utilizzo per le verifiche dei risultati della formazione del personale sanitario aziendale impegna									

4 - Ob Az: FISICA SANITARIA

10,0

10,0

P65O01	Redazione e implementazione di un Protocollo Unificato di Controlli di Qualità in Radiologia	i-P65O01	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3
Redazione e implementazione Protocollo entro il 31/12/2017		17/9 chiesti chiarimenti con mail alla dott.a Del Tredici; il protocollo è stato scritto entro il termine indicato ma "la validazione operativa e la sua condivisione con i Medici Responsabili delle apparecchiature è attualmente in atto" (mail dott.a Del									

Relazione Dr. Corona

P65O02	Interconfronto, secondo il protocollo internazionale EUREF e mediante fantoccio CDMAM, della qualità dell'immagine dei mammografi digitali DR utilizzati nei programmi di screening	i-P65O02	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3
Indicatore da definire		documenti allegati									

P65O03	Redazione e diffusione del Regolamento Unico Aziendale per la sicurezza LASER	i-P65O03	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3
Redazione del Regolamento Unico entro il 30/11/17; diffusione entro il 31/12/17		Regolmento del 03/10/2017 (Adottato con delibera nel 2018)									

4 - Ob Az: LABORATORIO SANITA' PUBBLICA

6,6

6,1

P70O02	Rispetto tempi analitici previsti per la Biotossicologia Acque (risposta in 15gg)	i-P70O02	> si/no	95,00	3,3	12	95,00	0	0%	100%	3,3
Indicatore da definire		Obiettivo rispettato ; 95% delle risposte entro 15 gg (tutte le risposte entro 12 gg)									

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P70O03	Rispetto tempi analitici previsti per la Chimica Acque (risposta in 25 gg)	i-P70O03	> si/no	95,00	3,3	12	80,00	-15	-16%	84%	2,8	
80% delle risposte entro i 25 gg; il mancato rispetto della tempistica (95% delle risposte) si è verificato per la mancata sostituzione di un dirigente chimico, assente negli ultimi 4 mesi dell'anno. Si ritiene l'obiettivo ampiamente raggiunto in quanto												

4 - Ob Az: MEDICINA LEGALE

13,3

13,3

P67O01	Applicazione standard in ogni SC di Medicina Legale a tutte le CTP 2017	i-P67O01	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3	
Scheda verifica annuale riassuntiva inviata al Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri												
Sono state messe a disposizione del Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri le schede di verifica annuale di Lucca (totale 27 elaborati con 100% di IQC>2,5: qualità ottima), Massa-Carrara (totale 30 elaborati con 100% di IQC>2,5: qualità ottima), Versilia												
P67O02	Consenso : attuazione del nuovo regolamento aziendale	i-P67O02	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3	
Realizzazione di un incontro di presentazione nei presidi ospedalieri di Massa-Carrara, Viareggio, Lucca, Livorno, Pontedera												
L'obiettivo consisteva nell'andare ad illustrare negli ospedali le " linee di indirizzo per la gestione del processo informativo e l'acquisizione del consenso informato nei trattamenti sanitari". Sono stati fatti i seguenti incontri. Ospedale di Lucca il												
Relazione Dr. Corona												
P67O03	Analisi degli elementi di inappropriata osservati nelle richieste risarcitorie accolte	i-P67O03	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3	
Produzione di reportistica semestrale (prima metà del 2016 reportistica entro 30 giugno 2017).Dati inviati al Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri												
La reportistica di tutto l'anno 2016 è stata regolarmente inviata al Coordinatore Aziendale Sinistri.												
P67O04	Ritorno alle UU.OO. Critiche degli elementi conoscitivi derivanti dall'analisi dei sinistri e dei contenziosi con la collaborazione anche di AALL e Rischio Clinico e Coordinatore Gestione Aziendale Sinistri	i-P67O04	> si/no	1,00	3,3	12	1,00	0	0%	100%	3,3	
Realizzazione di incontri di presentazione nei presidi ospedalieri e con i direttori di dipartimento												
Realizzazione tramite la UOC M/I di Lucca di 4 incontri sotto forma di MMR e di uno sotto forma di audit. Audit del 19/2/2017: tre casi di errata interpretazione diagnostica di dolore toracico acuto (PS-Medicina d'Urgenza-DEU) presso Ospedale di Lucca; MMR												

5 - Obiettivi QUALITA'

8,0

6,1

5 - Obiettivi QUALITA'

8,0

6,1

B23	Qualità e Accreditamento	Q14	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': Definizione delle procedure secondo gli standard della qualità												
1 per ogni UOC												
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	> N.	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	0,8	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)												
verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12												
- 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	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7	
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)												
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, ra												
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	12					3	
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)												
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
Obiettivo annullato												

* = 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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

STAFFDS

**STAFF DELLA DIREZIONE
SANITARIA**

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)

STAFFDSB

ALTRE STRUTTURE DELLA DIREZIONE SANITARIA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

202_STAFFBA
CO

UOC BANCA DELLE CORNEE

1 - Obiettivi MeS

8,0

8,0

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

8,0

8,0

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																	
E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	8,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		*	8,0					
<p>valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale</p>																			
E2	Percentuale di assenza	<	%.	13,99	11,04	0,0	12						0	*					
<p>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</p> <p>dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016</p>																			
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<	%.	796,00	795,00	0,0	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,0					
<p>diminuzione rispetto all'anno precedente</p> <p>dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata</p> <p>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 sionificativi da penalizzare. Live</p>																			

2 - Obiettivi ECONOMICI

2.0

2.0

2 - Obiettivi ECONOMICI

2,0

2,0

[illegible]

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

82,0

82,0

3 - Obiettivi REGIONALI

5,3

5,3

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> sì/no	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		'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.										cts
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	60,00	90,00	0,0	12				*			
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo										

obiettivo non pertinente per la struttura

4 - Ob Az: BANCA CORNEE

76,7

76,7

* = 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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P66O01	Mantenimento della certificazione ISO 9001-2015	i-P66O01 Certificato sorveglianza 2017	> si/no	1,00	21,3	12	1,00	0	0%	100%	*	21,3	Obiettivo raggiunto, la Certificazione ISO 9001 è stata mantenuta. Audit effettuato in data 21 Dicembre 2017, non sono state emesse NC, sono invece state identificate n. 2 Osservazioni e n. 3 Opportunità di miglioramento. E' stato emesso certificato di co
P66O02	Mantenimento dell'autosufficienza nelle richieste di trapianto	i-P66O02 Indicatore da definire	> si/no	1,00	16,0	12	1,00	0	0%	100%	*	16,0	Obiettivo raggiunto, nel corso del 2017 non sono state richiesti da banche extraregionali tessuti oculari per l'utilizzo in Toscana. E' da specificare il fatto che un particolare tipo di preparazione di tessuto oculare (Cornea idonea per DMEK) è stata oggi
P66O03	Distribuzione di lenticoli per DMEK	i-P66O03 Indicatore da definire	> si/no	1,00	10,6	12	1,00	0	0%	100%	*	10,6	Obiettivo raggiunto, le prime due cornee per DMEK (LU1702740101 e LU1702850100) inviate in data 28/04/2017 presso la U.O. Oculistica dell'Osp. di Prato. Documenti di riferimento richieste W201700279 e W201700292.
P66O04	Produzione di terreno auto assemblato per organocultura	i-P66O04 Indicatore da definire	> si/no	1,00	12,8	12	1,00	0	0%	100%	*	12,8	Obiettivo raggiunto, il primo lotto del terreno autoassemblato cod. IMDM001-17è stato prodotto ed utilizzato in data 03/08/2017. Documento di riferimento ID 86-01 A Dichiarazione di conformità emesso in data 03/08/2017.
P66O05	Qualifica delle cappe a flusso laminare	i-P66O05 Indicatore da definire	> si/no	1,00	16,0	12	1,00	0	0%	100%	*	16,0	Obiettivo raggiunto, la qualifica di tutte le cappe a flusso laminare del Centro Cornee, è stata effettuata il giorno 20/12/2017. Documenti di riferimento : Report 01/2017, 02/2017, 03/2017, 04/2017 e 05/2017 relativi ognuna alla specificata cappa a flus

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q14	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio	
													cts	
GESTIONE SISTEMA QUALITA':Definizione delle procedure secondo gli standard della qualità													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	> N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	vr	3 *	2,7	cio
													cts	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)													verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	
		Q04	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio	
													cts	
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)													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, ra	
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12				3 *		cio	
													cts	
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)													monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO	
													Obiettivo annullato	

Obiettivo annullato

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

202_STAF
FBACO

UOC BANCA DELLE CORNEE

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

202_STAFFS
AN

UOC FISICA SANITARIA AREA NORD

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E VALUTAZIONE INTERNA (E)													
E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	5,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	5,3
E2	Percentuale di assenza	<	%.	13,99	11,04	0,0						*	
dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata													
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<	%.	796,00	795,00	2,7	12	713,00	-82	-10%	100%	*	2,7

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	506,20	2.618,98	2,0	12	3.320,61	702	27%	100%	vr	3	2,0	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI					scostamento non significativo								
							scostamento non significativo								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	6,0	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		<p><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></p>								

4 - Ob Az: FISICA SANITARIA

P65O01 **Redazione e implementazione di un Protocollo Unificato di Controlli di Qualità in Radiologia**

P65O01	Redazione e implementazione di un Protocollo Unificato di Controlli di Qualità in Radiologia	i-P65O01	> si/no	1,00	25,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	25,0
		Redazione e implementazione Protocollo entro il 31/12/2017										
<i>Relazione Dr. Corona</i>												
P65O02	Interconfronto, secondo il protocollo internazionale EUREF e mediante fantoccio CDMAM, della qualità dell'immagine dei mammografi digitali DR utilizzati nei programmi di screening	i-P65O02	> si/no	1,00	25,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	25,0
		Indicatore da definire										

* = 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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P65O03	Redazione e diffusione del Regolamento Unico Aziendale per la sicurezza LASER	i-P65O03	> si/no	1,00	26,0	12	1,00	0	0%	100%	*	26,0
		Redazione del Regolamento Unico entro il 30/11/17; diffusione entro il 31/12/17										

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'	8,0	5,3
------------------------	-----	-----

B23	Qualità e Accreditamento	Q14	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA':Definizione delle procedure secondo gli standard della qualità											cts

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	0%	*	0,0	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)											cts

		Q04	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)											cts

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

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

Obiettivo annullato

* = 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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

202_STAF
FFSAN

**UOC FISICA SANITARIA
AREA NORD**

Totale pesi 100,0

Per il punteggio finale
si veda il report
riequilibrativo 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

202_STAFFS
AS

UOC FISICA SANITARIA AREA SUD

1 - Obiettivi MeS

8,0

8,0

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

8,0

8,0

E VALUTAZIONE INTERNA (E)													
E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	5,3	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	5,3
E2	Percentuale di assenza	<	%. 13,99	11,04	0,0	12						*	
dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata													
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<	%. 796,00	795,00	2,7	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,7

2 - Obiettivi ECONOMICI

2,0

2,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

2,0

2,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.687,31	22.247,66	2,0	12	1.078,72	-21.169	-95%	100%	3*	2,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

82,0

82,0

3 - Obiettivi REGIONALI

6,0

6,0

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%	6,0	cio cts
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			<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>							

4 - Ob Az: FISICA SANITARIA

76,0

76,0

P65O01	Redazione e implementazione di un Protocollo Unificato di Controlli di Qualità in Radiologia	i-P65O01	> si/no	1,00	25,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	25,0
				Redazione e implementazione Protocollo entro il 31/12/2017								
<i>Relazione Dr. Corona</i>												
P65O02	Interconfronto, secondo il protocollo internazionale EUREF e mediante fantoccio CDMAM, della qualità dell'immagine dei mammografi digitali DR utilizzati nei programmi di screening	i-P65O02	> si/no	1,00	25,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	25,0
				Indicatore da definire								

* = 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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P65O03	Redazione e diffusione del Regolamento Unico Aziendale per la sicurezza LASER	i-P65O03	> si/no	1,00	26,0	12	1,00	0	0%	100%	*	26,0
		Redazione del Regolamento Unico entro il 30/11/17; diffusione entro il 31/12/17										

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q14	>	si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA':Definizione delle procedure secondo gli standard della qualità														cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	3,00	2,7	12	3,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)														cts
		Q04	>	%	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	cio
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)														cts
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	>	N.	81,54	82,00	0,0	12				*		cio
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)														cts
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														
Obiettivo annullato														

* = 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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

202_STAF
FFSAS

**UOC FISICA SANITARIA
AREA SUD**

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

202_STAFFLS
PU

UOC LABORATORIO SANITA PUBBLICA

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
---	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	289.232,19	189.578,14	2.0	12	268.276,60	78.698	42%	100%	vr	3	2.0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		<i>importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014): non comprende la DDclasseA</i>												cts

scostamento non significativo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	5,3	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		<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>								
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	60,00	90,00	0,0	12					
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo								

obiettivo non pertinente per la struttura

* = 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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

4 - Ob Az: LABORATORIO SANITA' PUBBLICA 76,7 70,6

P70O02	<u>Rispetto tempi analitici previsti per la Biotossicologia Acque (risposta in 15gg)</u>	i-P70O02 Indicatore da definire	> si/no	95,00	38,3	12	95,00	0	0%	100%	*	38,3	
Obiettivo rispettato ; 95% delle risposte entro 15 gg (tutte le risposte entro 12 gg)													

P70O03	<u>Rispetto tempi analitici previsti per la Chimica Acque (risposta in 25 gg)</u>	i-P70O03 Indicatore da definire	> si/no	95,00	38,3	12	80,00	-15	-16%	84%	*	32,3	
80% delle risposte entro i 25 gg; il mancato rispetto della tempistica (95% delle risposte) si è verificato per la mancata sostituzione di un dirigente chimico, assente negli ultimi 4 mesi dell'anno. Si ritiene l'obiettivo ampiamente raggiunto in quanto													

5 - Obiettivi QUALITA' 8,0 6,1

5 - Obiettivi QUALITA' 8,0 6,1

B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q14 GESTIONE SISTEMA QUALITA':Definizione delle procedure secondo gli standard della qualità	> si/no 1 per ogni UOC	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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	<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. verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,8	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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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, ra													

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				3	*	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													

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

202_STAF
FLSPU

**UOC LABORATORIO SANITA
PUBBLICA**

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)

STAFFDSC

AREA DELLA MEDICINA LEGALE

Responsabile:

UO/UF

202_STAFFM

LLU

UOC MEDICINA LEGALE LUCCA

1 - Obiettivi MeS

8,0

8,0

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

8,0

8,0

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	8,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	8,0	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima											valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale
		E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12						cio
		Percentuale di assenza											cts
													Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere
													dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016
		E3	< %.	796,00	795,00	0,0	12	713,00	-82	-10%	100%	0,0	M
		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. Live

2 - Obiettivi ECONOMICI

2,0

2,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

2,0

2,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	19.071,46	10.121,10	2,0	12	20.437,41	10.316	102%	100%	vr	3	2,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts
															importi DA VERIFICARE: tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA

scostamento non significativo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

82,0

82,0

3 - Obiettivi REGIONALI

5,3

5,3

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%		5,3	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale											cts
													'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.
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	60,00	90,00	0,0	12						
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)											obiettivo non pertinente per la struttura
													da aggiornare pre-consuntivo

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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

4 - Ob Az: MEDICINA LEGALE					76,7								76,7
P67O01	<u>Applicazione standard in ogni SC di Medicina Legale a tutte le CTP 2017</u>	i-P67O01	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	*	19,2	Sono state messe a disposizione del Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri le schede di verifica annuale di Lucca(totale 27 elaborati con 100% di IQC>2,5: qualità ottima), Massa-Carrara(totale 30 elaborati con 100% di IQC>2,5: qualità ottima), Versilia(
		Scheda verifica annuale riassuntiva inviata al Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri											
P67O02	<u>Consenso : attuazione del nuovo regolamento aziendale</u>	i-P67O02	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	*	19,2	L'obiettivo consisteva nell'andare ad illustrare negli ospedali le " linee di indirizzo per la gestione del processo informativo e l'acquisizione del consenso informato nei trattamenti sanitari". Sono stati fatti i seguenti incontri. Ospedale di Lucca il Relazione Dr. Corona
		Realizzazione di un incontro di presentazione nei presidi ospedalieri di Massa-Carrara, Viareggio, Lucca, Livorno , Pontedera											
P67O03	<u>Analisi degli elementi di inappropriatezza osservati nelle richieste risarcitorie accolte</u>	i-P67O03	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	*	19,2	La reportistica di tutto l'anno 2016 è stata regolarmente inviata al Coordinatore Aziendale Sinistri.
		Produzione di reportistica semestrale (prima metà del 2016 reportistica entro 30 giugno 2017).Dati inviati al Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri											
P67O04	<u>Ritorno alle UU.OO. Critiche degli elementi conoscitivi derivanti dall'analisi dei sinistri e dei contenziosi con la collaborazione anche di AALL e Rischio Clinico e Coordinatore Gestione Aziendale Sinistri</u>	i-P67O04	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	*	19,2	Realizzazione tramite la UOC MI di Lucca di 4 incontri sotto forma di MMR e di uno sotto forma di audit. Audit del 19/2/2017: tre casi di errata interpretazione diagnostica di dolore toracico acuto(PS-Medicina d'Urgenza-DEU) presso Ospedale di Lucca; MMR
		Realizzazione di incontri di presentazione nei presidi ospedalieri e con i direttori di dipartimento											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'											8,0											6,1			
B23	Qualità e Accreditamento	Q14	> si/no		1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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)											
		GESTIONE SISTEMA QUALITA':Definizione delle procedure secondo gli standard della qualità		1 per ogni UOC																					
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,8	- 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											
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12																					
		Q04	> %		1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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, ra											
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)																							
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3		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											
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)																							
															Obiettivo annullato										

* = 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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

202_STAF
FMLLU

**UOC MEDICINA LEGALE
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

202_STAFFM
LMV

UOC MEDICINA LEGALE MASSA CARRARA E VIAREGGIO

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																	
E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	8,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		*	8,0					
<p>valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale</p>																			
E2	Percentuale di assenza	<	%.	13,99	11,04	0,0	12						0	*					
<p>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</p> <p>dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016</p>																			
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<	%.	796,00	795,00	0,0	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,0					M
<p>diminuzione rispetto all'anno precedente</p> <p>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 sionificativi da penalizzare. Live</p>																			

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	4.139,82	5.962,63	2.0	12	5.452,80	-510	-9%	100%	3	2.0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		<i>importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014): non comprende la DDclasseA</i>										cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	5,3		
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		<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>									
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	60,00	90,00	0,0	12						
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo									

obiettivo non pertinente per la struttura

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

4 - Ob Az: MEDICINA LEGALE					76,7								76,7
P67O01	<u>Applicazione standard in ogni SC di Medicina Legale a tutte le CTP 2017</u>	i-P67O01	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	19,2	Sono state messe a disposizione del Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri le schede di verifica annuale di Lucca(totale 27 elaborati con 100% di IQC>2,5: qualità ottima), Massa-Carrara(totale 30 elaborati con 100% di IQC>2,5: qualità ottima), Versilia(
		Scheda verifica annuale riassuntiva inviata al Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri											
P67O02	<u>Consenso : attuazione del nuovo regolamento aziendale</u>	i-P67O02	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	19,2	L'obiettivo consisteva nell'andare ad illustrare negli ospedali le " linee di indirizzo per la gestione del processo informativo e l'acquisizione del consenso informato nei trattamenti sanitari". Sono stati fatti i seguenti incontri. Ospedale di Lucca il Relazione Dr. Corona
		Realizzazione di un incontro di presentazione nei presidi ospedalieri di Massa-Carrara, Viareggio, Lucca, Livorno , Pontedera											
P67O03	<u>Analisi degli elementi di inappropriatezza osservati nelle richieste risarcitorie accolte</u>	i-P67O03	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	19,2	La reportistica di tutto l'anno 2016 è stata regolarmente inviata al Coordinatore Aziendale Sinistri.
		Produzione di reportistica semestrale (prima metà del 2016 reportistica entro 30 giugno 2017).Dati inviati al Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri											
P67O04	<u>Ritorno alle UU.OO. Critiche degli elementi conoscitivi derivanti dall'analisi dei sinistri e dei contenziosi con la collaborazione anche di AALL e Rischio Clinico e Coordinatore Gestione Aziendale Sinistri</u>	i-P67O04	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	19,2	Realizzazione tramite la UOC MI di Lucca di 4 incontri sotto forma di MMR e di uno sotto forma di audit. Audit del 19/2/2017: tre casi di errata interpretazione diagnostica di dolore toracico acuto(PS-Medicina d'Urgenza-DEU) presso Ospedale di Lucca; MMR
		Realizzazione di incontri di presentazione nei presidi ospedalieri e con i direttori di dipartimento											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q14	> si/no		1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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	> N.		3,00	2,7	12	2,00	-1	-33%	97%	3	2,6	- 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	> %		1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	inviati 2 verbali di riunione di condivisione obiettivi
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)												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, ra
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3		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														

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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

202_STAF
FMLMV

**UOC MEDICINA LEGALE
MASSA CARRARA E
VIAREGGIO**

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

202 STAFFM

LPL

UOC MEDICINA LEGALE PISA E LIVORNO

1 - Obiettivi MeS

8.0

8.0

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

8,0

8,0

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																	
E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	8,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		8,0						
<p>valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale</p>																			
E2	Percentuale di assenza	<	%.	13,99	11,04	0,0	12					0*							
<p>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</p> <p>dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016</p>																			
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<	%.	796,00	795,00	0,0	12	713,00	-82	-10%	100%		0,0						
<p>diminuzione rispetto all'anno precedente</p> <p>dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata</p> <p>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 sionificativi da penalizzare. Live</p>																			

2 - Obiettivi ECONOMICI

2.0

2.0

2 - Obiettivi ECONOMICI

2,0

2,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	4.227,98	4.181,93	2,0	12	3.193,97	-988	-24%	100%	3	2,0	M	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA												cts

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

82.0

82.0

3 - Obiettivi REGIONALI

5,3

5,3

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		'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.										cts
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	60,00	90,00	0,0	12				*			
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo										

obiettivo non pertinente per la struttura

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

4 - Ob Az: MEDICINA LEGALE					76,7								76,7
P67O01	<u>Applicazione standard in ogni SC di Medicina Legale a tutte le CTP 2017</u>	i-P67O01	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	19,2	<i>Sono state messe a disposizione del Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri le schede di verifica annuale di Lucca(totale 27 elaborati con 100% di IQC>2,5: qualità ottima), Massa-Carrara(totale 30 elaborati con 100% di IQC>2,5: qualità ottima), Versilia(</i>
		Scheda verifica annuale riassuntiva inviata al Coordinatore Aziendale Getsione Sinistri											
P67O02	<u>Consenso : attuazione del nuovo regolamento aziendale</u>	i-P67O02	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	19,2	<i>L'obiettivo consisteva nell'andare ad illustrare negli ospedali le " linee di indirizzo per la gestione del processo informativo e l'acquisizione del consenso informato nei trattamenti sanitari". Sono stati fatti i seguenti incontri. Ospedale di Lucca il</i> <i>Relazione Dr. Corona</i>
		Realizzazione di un incontro di presentazione nei presidi ospedalieri di Massa-Carrara, Viareggio, Lucca, Livorno , Pontedera											
P67O03	<u>Analisi degli elementi di inappropriatezza osservati nelle richieste risarcitorie accolte</u>	i-P67O03	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	19,2	<i>La reportistica di tutto l'anno 2016 è stata regolarmente inviata al Coordinatore Aziendale Sinistri.</i>
		Produzione di reportistica semestrale (prima metà del 2016 reportistica entro 30 giugno 2017).Dati inviati al Coordinatore Aziendale Gestione Sinistri											
P67O04	<u>Ritorno alle UU.OO. Critiche degli elementi conoscitivi derivanti dall'analisi dei sinistri e dei contenziosi con la collaborazione anche di AALL e Rischio Clinico e Coordinatore Gestione Aziendale Sinistri</u>	i-P67O04	> si/no	1,00	19,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	19,2	<i>Realizzazione tramite la UOC M/I di Lucca di 4 incontri sotto forma di MMR e di uno sotto forma di audit. Audit del 19/2/2017: tre casi di errata interpretazione diagnostica di dolore toracico acuto(PS-Medicina d'Urgenza-DEU) presso Ospedale di Lucca; MMR</i>
		Realizzazione di incontri di presentazione nei presidi ospedalieri e con i direttori di dipartimento											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q14	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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)
GESTIONE SISTEMA QUALITA': Definizione delle procedure secondo gli standard della qualità													
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3*	0,8	- 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
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)													
verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12													
		Q04	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	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, ra
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)													
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12				3*		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
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)													
Obiettivo annullato													

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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

202_STAF
FMLPL

**UOC MEDICINA LEGALE PISA
E LIVORNO**

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)

STAFFDSA

AREA SANITA' PENITENZIARIA

Responsabile: Emanuela De Franco

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

202_STAFFCC
DB

UOC CENTRO CLINICO DON BOSCO PISA

1 - Obiettivi MeS

8,0

8,0

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

8,0

8,0

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	8,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr	*	8,0		
			Percentuale di risposta all'indagine di clima			valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale										
<hr/>																
		E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12					0*		cio	
			Percentuale di assenza			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere										cts
			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016													
<hr/>																
		E3	<	%.	796,00	795,00	0,0	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,0	M	
			Tasso di infortuni dei dipendenti			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 sionificativi da penalizzare. Live										cio
<hr/>																

2 - Obiettivi ECONOMICI

2,0

2,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

2,0

2,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	373.906,78	339.222,14	2,0	12	341.041,83	1.820	1%	100%	vr	3	2,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA			scostamento relativamente significativo									cts

scostamento non significativo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

82.0

82.0

3 - Obiettivi REGIONALI

5,3

5,3

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	cio cts
<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>													
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % <i>da aggiornare pre-consuntivo</i>	60,00	90,00	0,0	12					*	

obiettivo non pertinente per la struttura

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

4 - Ob Az: AREA PENITENZIARIA										76,7	76,7
P68O01	<u>Revisione del percorso assistenziale con redazione di un protocollo omogeneo per tutte le strutture sanitarie</u>	i-P68O01 Protocollo entro 30/12/17	> si/no	1,00	24,5	12	1,00	0	0%	100%	24,5
La procedura PR AZI.073 datata 30 novembre 2017 è stata approvata dalla direzione Aziendale (mail dott. Vecchio 28/12/2017)											
P68O02	<u>Carta dei servizi presente in tutte le strutture</u>	i-P68O02 Carta servizi in struttura entro 30/12/17	> si/no	1,00	24,5	12	1,00	0	0%	100%	24,5
E' l'allegato 8 alla PR AZI.073 (vedi sopra) . Il documento, però, è riferito al carcere di Pisa con logo ex ASL5											
carta dei servizi presente in tutte le strutture residenziali											
P68O03	<u>Presenza in tutte le strutture del protocollo per la prevenzione TBC e legionella concordato con le Direzioni degli Istituti</u>	i-P68O03 Protocollo redatto entro 30/7/2017	> si/no	1,00	27,7	12	1,00	0	0%	100%	27,7
Procedura TBC AZI.074, Legionellosi AZI.078 datate 30/11/2017 e inserite a luglio 2018. Procedure redatte in ritardo di 4 mesi											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'										8,0	6,1
B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q14 GESTIONE SISTEMA QUALITA':Definizione delle procedure secondo gli standard della qualità	> si/no 1 per ogni UOC	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
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	<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. verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	0,8
- 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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
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, ra											
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				3
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											

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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

202_STAF
FCCDB

**UOC CENTRO CLINICO DON
BOSCO PISA**

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

202_STAFFC
OCC

COORD. CASE CIRCONDARIALI E DI RECLUSIONE

1 - Obiettivi MeS

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																	
E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	8,0	12	53,20	-2	-3%	100%	vr		*	8,0					
<p>valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale</p>																			
E2	Percentuale di assenza	<	%.	13,99	11,04	0,0	12						0	*					
<p>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</p> <p>dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO, fonte Conto Annuale del personale 2016</p>																			
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	<	%.	796,00	795,00	0,0	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,0					
<p>diminuzione rispetto all'anno precedente</p> <p>dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata</p> <p>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 sionificativi da penalizzare. Live</p>																			

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	373.906,78	339.222,14	2,0	12	341.041,83	1.820	1%	100%	vr	3	2,0	M	cio
	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA														cts

scostamento non significativo

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	5,3	12	1,00	0	0%	100%	5,3	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		<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>								
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	60,00	90,00	0,0	12					
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo								

obiettivo non pertinente per la struttura

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

4 - Ob Az: AREA PENITENZIARIA										76,7	76,7
P68O01	<u>Revisione del percorso assistenziale con redazione di un protocollo omogeneo per tutte le strutture sanitarie</u>	i-P68O01 Protocollo entro 30/12/17	> si/no	1,00	24,5	12	1,00	0	0%	100%	24,5
La procedura PR AZI.073 datata 30 novembre 2017 è stata approvata dalla direzione Aziendale (mail dott. Vecchio 28/12/2017)											
P68O02	<u>Carta dei servizi presente in tutte le strutture</u>	i-P68O02 Carta servizi in struttura entro 30/12/17	> si/no	1,00	24,5	12	1,00	0	0%	100%	24,5
E' l'allegato 8 alla PR AZI.073 (vedi sopra) . Il documento, però, è riferito al carcere di Pisa con logo ex ASL5											
carta dei servizi presente in tutte le strutture residenziali											
P68O03	<u>Presenza in tutte le strutture del protocollo per la prevenzione TBC e legionella concordato con le Direzioni degli Istituti</u>	i-P68O03 Protocollo redatto entro 30/7/2017	> si/no	1,00	27,7	12	1,00	0	0%	100%	27,7
Procedura TBC AZI.074, Legionellosi AZI.078 datate 30/11/2017 e inserite a luglio 2018. Procedure redatte in ritardo di 4 mesi											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'										8,0	6,1
B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q14 GESTIONE SISTEMA QUALITA':Definizione delle procedure secondo gli standard della qualità	> si/no 1 per ogni UOC	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
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	<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. verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	3,00	2,7	12	0,00	-3	-100%	30%	0,8
- 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	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7
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, ra											
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				3
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											

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

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

202_STAF
FCOCC

**COORD. CASE
CIRCONDARIALI E DI
RECLUSIONE**

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)