

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

ZD7

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Responsabile: Sabina Ghilli

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".*

ZD7

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Responsabile:

Macrostruttura

ZD7 ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

23,5

13,7

B20D	Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT	B20D.1 Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione	< % consuntivo da verificare	25,91	1,65	0,0	12						*		
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio															
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	1,95	2,81	1,7	12	1,95	-1	-30%	30%	3	*	0,5	
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteRegione Toscana															
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	2,44	3,32	1,7	12	2,44	-1	-26%	30%	3	*	0,5	
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteRegione Toscana															
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1 % Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	> %. consuntivo da verificare	29,61	33,82	0,6	12	25,32	-8	-25%	50%	vr	3	*	0,3
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisti e non dipendenti dal servizio.															
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assitata da MMG aderenti ai moduli	> N. Dati di zona	93,53	80,00	1,2	12	90,24	10	13%	100%	5	*	1,2	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina															
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	10,01	11,51	1,1	12	9,39	-2	-18%	40%	4	*	0,4	
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	> Gen-Ago 2016	11,85	12,85	0,9	12	9,27	-4	-28%	30%	3	*	0,3	
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	37,40	44,00	0,9	12	42,46	-2	-4%	97%	2	*	0,9	
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso AD-RSA															
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	100,00	95,00	0,6	12	100,00	5	5%	100%	5	*	0,6	

cts

cts

M

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	>	%.	68,42	55,00	0,6	12	46,15	-9	-16%	20%	2 *	0,1		
Gen-Ago 2016																	
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso AD-RSA																	
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.	99,64	100,00	1,1	12	116,30	16	16%	100%	vr	5 *	1,1	M
consuntivo da verificare																	
dato interno al 2018-08-31 - livello Alta Val di Cecina																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
		B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	>	%.	63,91	60,00	1,1	12	54,70	-5	-9%	100%	vr	5 *	1,1	
consuntivo da verificare																	
dato interno al 2018-08-31 - livello Alta Val di Cecina																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
B7	Copertura vaccinale	B7.1	Copertura per vaccino MPR	>	%.	85,00	95,00	0,6	12	93,33	-2	-2%	100%		2 *	0,6	M
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	>	N.	59,70	75,00	1,1	12	57,93	-17	-23%	0%		1 *	0,0	
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	>	%.	61,40	95,00	0,6	12	48,68	-46	-49%	0%		0 *	0,0	
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.4	Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>	N.	9,60	25,00	0,6	12	14,29	-11	-43%	50%		2 *	0,3	M
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																	
		B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	>	N.	90,36	95,00	1,1	12	91,74	-3	-3%	50%		2 *	0,6	M
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.5a	Copertura per vaccino antimeningococcico 10-20 anni, con almeno una dose negli ultimi 5 anni	>	N.	76,82	90,00	2,2	12	78,42	-12	-13%	12%			0,3	M
Dati di zona																	
		B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	>	N.	78,31	95,00	0,6	12	74,38	-21	-22%	0%		0 *	0,0	
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.7	Copertura per vaccino esavalente	>	N.	95,00	95,00	0,6	12	98,35	3	4%	100%		4 *	0,6	M
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%			0,0	
consuntivo da verificare																	
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%			0,6	M
consuntivo da verificare																	
dato estratto da Infoview regionale																	

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 %

B8	Gestione Dati	B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	>	N.	75,52	consuntivo da verificare	90,00	1,1	12	85,39	-5	-5%	68%		0,8	M	cio
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona																		

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,4

7,7

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	130,35	120,00	0,2	12	131,10	11	9%	30%	3	*	0,1	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso SDO									
		C5.1e	< N.	10,44	7,31	0,2	12	9,77	2	34%	41%	2	*	0,1	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		consuntivo da verificare		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)									
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	74,74	70,80	0,3	12	77,74	7	10%	100%	4	*	0,3	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina		consuntivo da verificare											
		C11a.1.2b	> %.	64,59	57,90	0,3	12	67,93	10	17%	100%	4	*	0,3	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		consuntivo da verificare											
		C11a.1.3	> %	50,43	58,80	0,3	12	46,95	-12	-20%	40%	4	*	0,1	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		consuntivo da verificare											

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

Obiettivo annullato: non pertinente per le zone

martedì 12 marzo 2019

Asl Toscana Nord Ovest - Staff direzione generale - Area Programmazione e controllo

Pagina 6 di 67

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.	18,00	1,1	12	15,00	-3	-17%	83%	*	0,9	cio
			consuntivo da verificare										cts
Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale													
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	53,00	0,6	12	7,47	1	25%	100%	5	0,6	cio
			consuntivo da verificare										cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	5	0,3	cio
			consuntivo da verificare										cts
C7	Materno Infantile	C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	103,92	0,3	12	85,12	22	34%	100%	5	0,3	cio
			Gen-Agosto 2016										
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlussi SPC e CAP													
		C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	4,13	0,3	12	4,72	0	5%	30%	3	0,1	
			Gen-Agosto 2016										
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina													
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,40	0,3	12	0,25	0	-54%	100%	4	0,3	M cio
			Gen-Ottobre 2016										
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso SDO													
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	3,00	1,0	12	2,74	0	-9%	91%	*	0,9	
			da definire preconsuntivo e budget										
valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Alta Val di Cecina													

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	0,6	12	53,90	-1	-2%	100%	vr	0,6	
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	0,0	12					0		cio
			Consuntivo 2015 ex asl										cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016													
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	0,6	12	713,00	-82	-10%	100%	*	0,6	M cio
			diminuzione rispetto all'anno precedente										cts
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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	189.371,72	2,0	12	180.797,84	768	0%	100%	vr	2,0	M cio
			importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%										cts

sterilizzato costo per PRESERVCT

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	32,9
3 - Obiettivi REGIONALI	12,3	11,1

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	0.6	12	1,00	0	0%	100%		*	0.6	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.	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	100,00	90,00	0.6	12	69,21	-21	-23%	0%		*	0.0	dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale
		RT1a E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	100,00	100,00	0.6	12	100,00	0	0%	100%		*	0.6	file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera
		RT1b E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	39,77	43,75	0.6	12	51,46	8	18%	100%		*	0.6	Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing
Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2															
B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT12 Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG	> si/no	1,00	0.6	12	0,25	-1	-75%	25%		*	0.2	Percorso iniziato 54/915 MMG prenotano in generale. Nell'ambito della sanità di iniziativa prenotano il follow up nella quasi totalità dei casi	
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	1,00	0.6	12	0,75	0	-25%	75%		*	0.5	Tutti i mmg prenotano il follow up per le 4 patologie della sanità di iniziativa. Le agende dedicate sono state costituite in tutte le ex asl, sebbene non applicate in modo omogeneo in tutta l'azienda	

Pagina 8 di 67

B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT14	> si/no	1,00	0,0	12						*	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)											
		non valutabile in quanto assenza di monitoraggio											
		RT15	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0											
		CUP 2.0 avviato, solo Pisa non è partita, per valutazione aziendale											
		RT29	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Percorso nascita: prenotazione delle visite e prestazioni di controllo direttamente dal consultorio/ostetrica (% di donne che dichiarano che vengono prenotate direttamente dal personale del consultorio)											
		relazione maranto											
B1c6	Perseguimento delle Strategie regionali: Continuità Assistenziale	RT33	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		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											
		Sono state costituite con atti formali le ACOT in ogni Zona Distretto, compreso quella Pisana integrandola con quella ospedaliera in un'unica ACOT											
		RT34a	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Rete piede diabetico: progettazione e possibile erogazione di un primo corso di formazione rivolto congiuntamente ai MMG ed ai diabetologi											
		Nel corso del 2017 è stato progettato il corso formativo "Prevenzione e cura del piede diabetico: percorsi assistenziali tra territorio e struttura diabetologica." Tale corso ha coinvolto gli specialisti diabetologi, gli infermieri, ed i Medici di medicina											
B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT16	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Percorso Superamento OPG: presa in carico dei pazienti di propria competenza ed attivazione del relativo progetto personalizzato (da valutare positivamente il limitato ricorso alle REMS e la predisposizione di percorsi alternativi)											
		Relazione REMS firma DS											
		RT17	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7
		Attuazione della Libera scelta in RSA											
		Le zone hanno iniziato nel 2016 un lavoro propedeutico all'attivazione della DRG 995 del 2016, per la messa a regime nel 2017											
RT35	Perseguimento delle Strategie regionali: Riorganizzazione	RT35a	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		Predisposizione piano operativo 2017/2018 per la programmazione di ogni zona e società della salute											
		Piani Programmazione Operativa Annuale (POA)											
		RT35b	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		Predisposizione o attivazione di almeno un corso di autogestione per la cronicità con riferimento alla delibera GR 545/2017 per ogni zona e società della salute											
		In 9 Zone/Distretto della ASL TNO sono stati attivati nel 2017 24 corsi di auto gestione per la cronicità in ottemperanza DGRT 545/17. Nelle altre 3 zone Distretto (Versilia, Apuane e Lunigiana) entro il 2017 sono stati completati i corsi per formato											

RT36	Perseguimento delle Strategie regionali: Sanità d'Iniziativa	RT36	> si/no	1,00	0,0	12							
		Assegnazione di risorse alle AFT come da accordo specifico per l'avvio del progetto da parte Direzioni aziende Territoriali.		L'assegnazione delle risorse alle AFT era legata all'avvio del nuovo modello della Sanità d'Iniziativa DGRT 930/2017, che ha avuto uno Stop a livello regionale. La progettualità a livello aziendale è stata comunque portata avanti per la preparazione del do									
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI				2,4	2,4								
P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Elaborazione cronoprogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronoprogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno		relazione Ferri									
P52O15	Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo	i-P52O15	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo		import del 2018-09-13 - Il Dipartimento Amministrativo è stato certificato nel 2018									
P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
		Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN		la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.									
P52O28	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52O28	> si/no	1,00	0,0	12						*	
		Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta		non valutabile in quanto assenza di monitoraggio									
4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE				0,6	0,6								
P49O24	Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone. DEU, CUUNN	i-P49O24	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Definire un modello organizzativo unico entro il 31/07/2017		import del 2018-09-13 univoci - da avere documento									
4 - Ob Az: CDG				0,5	0,5								
P29O06	Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi	i-P29O06	> si/no	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5
		Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)		In fase di prima applicazione, considerando che le verifiche potevano essere svolte in un solo semestre e che tra le tre tipologie di prestazioni l'ADP è quella che presenta la maggiore variabilità, è la tipologia e a maggior rischio di inappropriatezza,									
4 - Ob Az: CONSULTORIO				1,2	1,2								
P31O02	Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità	i-P31O02	> SI/N O	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura		buona pratica: tutte le strutture hanno raggiunto l'80% dei requisiti minimi (standard considerato positivo) + almeno 1 requisito di qualità. Tutte le strutture si sono dotate di un DOS (documento organizzativo di struttura)									
P31O04	Audit organizzativi su sistema di Reporting	i-P31O04	> SI/N O	1,00	0,6	12	3,00	2	200%	100%		*	0,6
		Effettuare 3 audit per struttura		tutte le zone ad eccezione vdc che non ha allegato niente									
4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA				0,6	0,6								

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

P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01	> SI/NO	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	0,6	
				Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)		definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali						
4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE					0,8	0,8						
P27O04	ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio	i-P27O04	> si/no	1,00	0,0	12						
				Stesura del progetto entro 31/12/2017		Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali. (vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)						
P27O10	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27O10	> si/no	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	0,8	
				Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA		procedura inviata da A. Gioia						
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					6,6	5,7						
P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	0,6	cio
				Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017		Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018						
P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	1,00	0,0	12						cio
				Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno		In corso approfondimento sul possibile passaggio dall'applicativo Caribel all'applicativo Gestì ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar						
P26O07	Rivalutare l'offerta del modulo motorio in base alla delibera che prevede la gratuità dei primi 15 gg post frattura di femore e valutare la possibilità di implementare PL nelle Cure Intermedie in sostituzione dei PL ex art. 26 nei casi di inappropriate	i-P26O07	> %	1,00	0,0	12						
				Relazione da inviare alla Direzione Aziendale alla luce della DGRT n. 679 del 12/07/2016 e del POR FSE		l'obiettivo non era assegnato alla riabilitazione						
P26O09	Organizzare le Commissioni di Valutazione per la Disabilità UVMd per la disabilità secondo il modello della Lunigiana uniformando il sistema degli accessi, la modulistica ed il sistema di valutazione;	i-P26O09	> %	1,00	0,6	12	0,50	-1	-50%	50%	0,3	
				Riconoscimento sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territori (definizione entro il 30/09/2017)		Obiettivo parzialmente raggiunto a seguito delle indicazioni fornite dalla DGRT 1449/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di Vita" effettuato gruppo di lavoro interdipartimentale (o						
P26O09a	Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione; Analizzare il passaggio al	i-P26O09a	> %	1,00	0,6	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
				Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017		In fase di elaborazione il documento tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Servizi Sociali non Autosufficienza Disabilità. considerato che siamo a settembre 2018 è da intendersi non raggiunto						
P26O10	PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O10	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	0,6	cio
				Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017		Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018						

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
		i-P26O11a PON Inclusion Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
		i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
P26O12	Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare	i-P26O12 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
P26O13	Progetto Vita Indipendente ministeriale	i-P26O13 Attuazione/realizzazione progetti e monitoraggio	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
P26O14	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26O14 monitoraggio e rilevazione dati	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio

4 - Ob Az: PREVENZIONE

0,6

0,6

P23O06	Definire un protocollo condiviso con Prevenzione, Medicina Legale e Zone Distretto per la gestione dell'attività necroscopica	i-P23O06 Definire il protocollo condiviso entro il 30/06/2017	> N.	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
--------	---	--	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

import del 2018-09-13 univoci - protocollo definito ed inviato

4 - Ob Az: SALUTE MENTALE

2,9

2,9

P24O02	Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI	i-P24O02 Documento riferito agli adulti, contenente:1) censimento delle strutture residenziali;2) attribuzione in base alla classificazione regionale3) valutazione della domanda complessiva 4) valutazione economica: costi per singola struttura e compartecipazioni	> si/no	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	
--------	---	--	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

Direttori DP , Professioni sanitarie ADULTI

Per l'ob i-P24O03 Il gruppo dopo aver proceduto ad una mappatura dell'esistente ha prodotto un unico documento che contiene tutta la mappatura. Per l'ob.i- P 24O02 :Il Gruppo ha prodotto il documento richiesto che necessita ancora di alcune rifiniture che

P24O05	Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione	i-P24O05 Incontri periodici con le AFT	> N.	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	
--------	---	---	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

Dip. Farmaco

inviati verbali riunione Da Coord. AFT e Resp. SMA

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P24O05	Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione	i-P24O05a Incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco	> N. Dip. Farmaco	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7
						sentire Sarlo						

P24O07	Tempi di attesa visite psichiatriche	i-P24O07 Rispetto dei tempi di attesa per la visita psichiatrica	> N.	1,00	0,0	12					*	
						accesso diretto						

P24O08	Uniformare le modalità di accesso nell'applicazione del ticket per le visite psichiatriche	i-P24O08 Procedura uniforme per tutta l'ATNO sulle modalità di accesso	> N.	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5
---------------	---	---	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

4 - Ob Az: SERT

P25O03	Attività di educazione alla salute, di prevenzione e Sanità d'Iniziativa	i-P25O03 Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG	> N. Educazione salute - Dip Prevenzione	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
						L'evento è stato realizzato in quasi tutte le zone (ad eccezione della valdera)						

P25O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no SMIA e SMA	1,00	0,0	12					*	
						posticipato al 2018						

P25O08	Definizione di un comune percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol dipendenti	i-P25O08 Definizione di un documento per uniformare il percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol entro il.....	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
						inviata procedura						

P25O09	Definizione di una procedura comune per l'invio in comunità degli utenti	i-P25O09 Definizione di un protocollo per l'invio in comunità degli utenti entro il	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
						sentire Varese						

P25O10	Definizione di una procedura/istruzione operativa relativa agli esami tossicologici disposti dall'Autorità Giudiziaria	i-P25O10 Definizione di una procedura/istruzione operativa entro il	> si/no	1,00	0,0	12					*	
						eliminato per le zone						

P25O11	Convenzione unica con AOU Pisana per esami tossicologici relativi agli accertamenti sui lavoratori a rischio	i-P25O11 Definizione di una procedura/istruzione operativa	> si/no	1,00	0,0	12					*	
						nessuna evidenza della procedura, sentire Varese						

P25O12	Applicazione raccomandazioni della CTR sulla terapia della dipendenza da oppiacei	i-P25O12 Riduzione spesa del 10% rispetto all'anno 2016	< %	-10,00	0,0	12					*	
						obiettivo non valutabile: la zona non ha consumo di suboxone						

4 - Ob Az: SMIA

P24O02a	Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)	i-P24O02a Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta	> si/no Direttori DP, Professioni sanitarie MINORI	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5
----------------	---	--	---	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P30O03	Acquisire le migliori pratiche sul passaggio dei pazienti con disturbo neuromotorio che escono dalla minore età e che necessitano di continuità nelle cure ai servizi competenti per la patologia prevalente	i-P30O03	> SI/N O	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5
		1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre)										

4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE 1,8 1,8

P28O01	Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni	i-P28O01	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
		Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03/2016 Inviato materiale aggiornato										

P28O02	In base ai requisiti (normativa) dei Presidi territoriali procedere alla classificazione su tre livelli e valutare proposte di redistribuzione degli standard in base alla di popolazione	i-P28O02	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
		Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 giugno 2016 Inviato materiale aggiornato										

P28O03	Proseguire nei progetti di case della salute	i-P28O03	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
		Monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento del progetto Monitoraggio su stato avanzamento realizzato										

P28O04	Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto	i-P28O04	> si/no	1,00	0,0	12					*	
		Applicazione del progetto specifico entro il 31/12/2017 Attualmente in corso l'espletamento delle fasi operative della gara per l'acquisto della strumentazione necessaria per la refertazione adistanza per le 10 AFT del territorio della ex ASL 5, e per SPDC										

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,6

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016 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)											cts
		Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		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: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui 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)											cts
		Q01d	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		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): 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)											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	4,00	3,00	2,0	1,00	-2	-67%	30%	3	0,6	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate) verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 - 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											cts

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

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

Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	>	%		1,00	2,0	12		1,00	0	0%	100%	3*	2,0	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 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
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	>	%.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		*	2,6	Obiettivo annullato aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)
		Q11 Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza:trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017	>	si/no		1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)
		Q12 Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese	>	si/no		1,00	0,0	12						*		non è calcolabile, non elaborato

martedì 12 marzo 2019

Asl Toscana Nord Ovest - Staff direzione generale - Area Programmazione e controllo

Pagina 15 di 67

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD7	ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA	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)

ZD7AVC

ZONA ALTA VAL DI CECINA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

105 BD102140

U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA AVC (105)

2

1 - Obiettivi MeS

35.0

28,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,4

6,8

Pagina 18 di 67

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C15	Salute Mentale	C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< %	0,00	4,40	2,1	12	0,00	-4	-100%	100%	5 *	2,1	
				Gen-Ottobre 2016										dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)
		C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< %	4,76	4,29	4,2	12	2,86	-1	-33%	100%	5 *	4,2	M
				Gen-Ottobre 2016										dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso SDO
		C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	<	160,28	133,22	4,2	12	260,48	127	96%	20%	2 *	0,8	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	4,00	3,00	0,0	12					*		cio
				consuntivo da verificare										cts
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	2,1	12	3,00	0	0%	100%	*	2,1	cio
				consuntivo da verificare										cts
														Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	10,00	6,00	2,1	12	7,47	1	25%	100%	5 *	2,1	cio
				consuntivo da verificare										cts
														dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5 *	1,1	cio
				consuntivo da verificare										cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	2,1	12	2,74	0	-9%	91%	*	1,9	
				da definire preconsuntivo e budget										valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Alta Val di Cecina

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,1	12	53,90	-1	-2%	100%	vr *	2,1	
														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										cts
														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	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M
				diminuzione rispetto all'anno precedente										cts
														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						10,0							10,0	
						10,0							10,0	

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	43.386,97	48.534,51	2,0	12	50.549,65	2.015	4%	100%	vr	3	2,0	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 - 1%		scostamento relativamente significativo										
		scostamento non significativo													
		Euro02	< €.	321.672,00	321.672,00	8,0	12	266.910,20	-54.762	-17%	100%		*	8,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 - 1%		scostamento non significativo										
		Euro05	<			0,0	12						*		
		Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura										

35,0	33,8
------	------

7,2		6,0
-----	--	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
<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)	> % da aggiornare pre-consuntivo	100,00	90,00	1,2	12	69,21	-21	-23%	0%	*	0,0
<i>dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale</i>														
		RT1a	E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	100,00	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2
<i>file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera</i>														
		RT1b	E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	39,77	43,75	1,2	12	51,46	8	18%	100%	*	1,2
<i>Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing</i>														
<i>Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2</i>														
B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT16	Percorso Superamento OPG: presa in carico dei pazienti di propria competenza ed attivazione del relativo progetto personalizzato (da valutare positivamente il limitato ricorso alle REMS e la predisposizione di percorsi alternativi)	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	

Relazione REMS firma DS

2,4		2,4
-----	--	-----

martedì 12 marzo 2019

Asl Toscana Nord Ovest - Staff direzione generale - Area Programmazione e controllo

Pagina 20 di 67

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P52016	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52016 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	
la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.													
P52028	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52028 Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta	> si/no	1,00	0,0	12					*		
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio													
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					6,6							6,6	
P26011	Progetto POR FSE	i-P26011 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	> %	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	cio
		i-P26011c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	cio
P26012	Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare	i-P26012 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
P26014	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26014 monitoraggio e rilevazione dati	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
4 - Ob Az: SALUTE MENTALE					18,7							18,7	
P24002	Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI	i-P24002 Documento riferito agli adulti, contenente:1) censimento delle strutture residenziali;2) attribuzione in base alla calssificazione regionale3) valutazione della domanda complessiva 4) valutazione economica: costi per singola struttura e compartecipazi	> si/no Direttori DP , Professioni sanitarie ADULTI	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	*	4,8	
Per l'ob i-P24003 Il gruppo dopo aver proceduto ad una mappatura dell'esistente ha prodotto un unico documento che contiene tutta la mappatura. Per l'ob.i- P 24002 :il Gruppo ha prodotto il documento richiesto che necessita ancora di alcune rifiniture che													
P24005	Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione	i-P24005 Incontri periodici con le AFT	> N. Dip. Farmaco	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	*	4,8	
inviati verbali riunione Da Coord. AFT e Resp. SMA													
		i-P24005a Incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco	> N. Dip. Farmaco	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%	*	4,8	sentire Sarlo
P24007	Tempi di attesa visite psichiatriche	i-P24007 Rispetto dei tempi di attesa per la visita psichiatrica	> N.	1,00	0,0	12					*		accesso diretto
P24008	Uniformare le modalità di accesso nell'applicazione del ticket per le visite psichiatriche	i-P24008 Procedura uniforme per tutta l'ATNO sulle modalità di accesso	> N.	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	*	4,2	
4 - Ob Az: SERT					0,0								

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

P25O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no SMA e SMA	1,00	0,0	12						*	
posticipato al 2018													
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								
B23	Qualità e Accreditamento	Q01b Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
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)													
		Q01c 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: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
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)													
		Q01d 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):	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
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.	4,00	3,00	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3	2,0
verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12													
23/05/2017 14/11/2017 12/12/2017 - 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	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
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 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													
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> %.	90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		*	2,6
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)													

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	Q11	> si/no	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	cio
		Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza: trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017												cts
		Q12	> si/no	1,00	0,0	12						*		cio
		Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM: inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese												cts

aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)

non è calcolabile, non elaborato

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	U.F. SALUTE MENTALE	Totale pesi		Per il punteggio finale si veda il report riepilogativo per dipartimenti e UU.OO.	
21402	ADULTI ZONA AVC (105)	95,0			

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

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

UO/UF

105 BD102140

UF SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESC. AVC (105)

3

1 - Obiettivi MeS

35.0

30.0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,3

12,8

B7	Copertura vaccinale	B7.4	Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	11,20	25,00	2,6	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	1,1	M	cto
Dati di zona																
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	consuntivo da verificare	80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0		cto
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	3,9	12	99,46	1	1%	100%		3,9	M	cto
consuntivo da verificare																
dato estratto da Infoview regionale																
		B8.4.23	% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9		cto
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.25	% di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9		cto
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.27	Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	50,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9	M	cto
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.28	Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	1,9	12	101,74	2	2%	100%		1,9	M	cto
dati estratti da infoview regionale																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA							14,3								10,8	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	3,00	3,00	0,0	12								cto
consuntivo da verificare																
		C6.2.1a	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	5,2	12	1,00	-2	-67%	33%		1,7		cto
consuntivo da verificare																
Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale																
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	12,00	6,00	5,2	12	7,47	1	25%	100%	5*	5,2		cto
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	3,9	12	100,00	0	0%	100%	5*	3,9	cio
					consuntivo da verificare									cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	3,00	0,0	12						*		
					da definire preconsuntivo e budget									

Obiettivo non pertinente per la struttura

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	3,9	12	53,90	-1	-2%	100%	vr	*	3,9	
---	-------------------------	----	---	-------	-----	----	-------	----	-----	------	----	---	-----	--

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	Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12						0*		cio
----	------------------------	------	-------	-------	-----	----	--	--	--	--	--	----	--	-----

Percentuale di assenza

Consuntivo 2015 ex asl

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	2,6	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,6	M
----	-----------------------------------	------	--------	--------	-----	----	--------	-----	------	------	--	---	-----	---

Tasso di infortuni dei dipendenti

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	481,52	223,93	5,0	12	196,82	-27	-12%	100%	3*	5,0	M
---	---	--------	------	--------	--------	-----	----	--------	-----	------	------	----	-----	---

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

importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%

Euro02	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.			10,0	12						*		
--------	--	------	--	--	------	----	--	--	--	--	--	---	--	--

Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI

importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%

Obiettivo non valutato: non ci sono stati ricoveri per minori

Euro05	Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<			0,0	12						*		
--------	--	---	--	--	-----	----	--	--	--	--	--	---	--	--

Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT

al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %

Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5	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	> %	40,99	90,00	1,5	12	69,21	-21	-23%	58%		M
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
		RT1a	> %		100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%		
		E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
		RT1b	> %	39,77	43,75	1,5	12	51,46	8	18%	100%		M
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing													
Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2													
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					1,0							1,0	
P52016	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52016	> si/no	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	
		Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN											
P52028	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52028	> si/no	1,00	0,0	12							
		Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta											
Obiettivo non pertinente per la struttura													
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio													
4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA					9,3							9,3	
P31001	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31001	> SI/NO	1,00	9,3	12	1,00	0	0%	100%		9,3	
		Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)											
definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali													
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					0,5							0,5	
P26014	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26014	> %	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		0,5	cio
		monitoraggio e rilevazione dati											
4 - Ob Az: SMIA					18,0							18,0	
P24002a	Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)	i-P24002a	> si/no	1,00	8,7	12	1,00	0	0%	100%		8,7	
		Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta	Direttori DP, Professioni sanitarie MINORI										

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

P30O03	Acquisire le migliori pratiche sul passaggio dei pazienti con disturbo neuromotorio che escono dalla minore età e che necessitano di continuità nelle cure ai servizi competenti per la patologia prevalente	i-P30O03	>	SI/N O	1,00	9,3	12	1,00	0	0%	100%		9,3		
1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre)															
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									15,0
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0									15,0
B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	>	%.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	cio cts	
Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016															
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)															
		Q01c	>	%.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	cio cts	
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: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui															
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)															
		Q01d	>	%.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	cio cts	
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):															
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	3,00	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,0	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															
12/04 10/05 11/10/2017 - 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	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	cio cts	
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)															
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															
C6c	Rischio Clinico	Q10	>	%.	90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		2,6	cio cts	
Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato															
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)															

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	Q11	> si/no	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	cio
		Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza: trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017												cts
		Q12	> si/no	1,00	0,0	12						*		cio
		Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM: inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese												cts

aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)

non è calcolabile, non elaborato

* = 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
							<u>Valutazione</u>
							<u>p1 P2</u>

105_BD10
21403

**UF SALUTE MENTALE
INFANZIA E ADOLESC. AVC
(105)**

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

105_BD102140

UF CURE PRIMARIE AVC (105)

4

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

24,4

14,1

B20D	Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT	B20D.1 Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione	< % consuntivo da verificare	25,91	1,65	0,0	12										
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	1,95	2,81	2,2	12	1,95	-1	-30%	30%	3	*	0,7			cts
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	2,44	3,32	2,2	12	2,44	-1	-26%	30%	3	*	0,7			cts
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1 % Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	> % consuntivo da verificare	29,61	33,82	0,6	12	25,32	-8	-25%	50%	vr	3	*	0,3		
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli	> N. Dati di zona	93,53	80,00	2,2	12	90,24	10	13%	100%	5	*	2,2			
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	10,01	11,51	1,1	12	9,39	-2	-18%	40%	4	*	0,4			
		B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	> Gen-Ago 2016	11,85	12,85	0,6	12	9,27	-4	-28%	30%	3	*	0,2			
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	37,40	44,00	0,6	12	42,46	-2	-4%	97%	2	*	0,5			M
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	100,00	95,00	0,6	12	100,00	5	5%	100%	5	*	0,6			

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	>	%.	68,42	55,00	0,6	12	46,15	-9	-16%	20%	2 *	0,1		
Gen-Ago 2016																	
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso AD-RSA																	
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.	99,64	100,00	1,1	12	116,30	16	16%	100%	vr	5 *	1,1	M
consuntivo da verificare																	
dato interno al 2018-08-31 - livello Alta Val di Cecina																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
		B5.2.2	Adesione corretta dello screening cervice uterina	>	%.	63,91	60,00	1,1	12	54,70	-5	-9%	100%	vr	5 *	1,1	
consuntivo da verificare																	
dato interno al 2018-08-31 - livello Alta Val di Cecina																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
B7	Copertura vaccinale	B7.1	Copertura per vaccino MPR	>	%.	85,00	95,00	0,6	12	93,33	-2	-2%	100%		2 *	0,6	M
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	>	N.	59,70	75,00	1,1	12	57,93	-17	-23%	0%		1 *	0,0	
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	>	%.	61,40	95,00	0,6	12	48,68	-46	-49%	0%		0 *	0,0	cio
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.4	Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>	N.	11,20	25,00	0,6	12	14,29	-11	-43%	42%		2 *	0,2	M
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																	
		B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	>	N.	90,36	95,00	1,1	12	91,74	-3	-3%	50%		2 *	0,6	M
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.5a	Copertura per vaccino antimeningococcico 10-20 anni, con almeno una dose negli ultimi 5 anni	>	N.	76,82	90,00	2,2	12	78,42	-12	-13%	12%			0,3	M
Dati di zona																	
		B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	>	N.	78,31	95,00	0,6	12	74,38	-21	-22%	0%		0 *	0,0	cio
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
		B7.7	Copertura per vaccino esavalente	>	N.	95,00	95,00	0,6	12	98,35	3	4%	100%		4 *	0,6	M
Dati di zona																	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina																	
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%			0,0	cio
consuntivo da verificare																	
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																	
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	0,6	12	99,46	1	1%	100%			0,6	M
consuntivo da verificare																	
dato estratto da Infoview regionale																	

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

B8	Gestione Dati	B8.4.10	>	N.	75,52	90,00	1,1	12	85,39	-5	-5%	68%		0,8	M	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA		consuntivo da verificare		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona										
<hr/>																
		B8.4.23	>	N.	100,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%		0,6		cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali		dati estratti da infoview regionale												
<hr/>																
		B8.4.24	>	N.	100,00	100,00	0,0	12								cio
		% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali		Obiettivo n.v. : non pertinente per la struttura												
<hr/>																
		B8.4.25	>	N.	100,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%		0,6		cio
		% di copertura STS11 ADRSA Residenziali		dati estratti da infoview regionale												
<hr/>																
		B8.4.26	>	N.		100,00	0,0	12								cio
		% di correttezza RFC ADRSA Residenziali		Obiettivo n.v. : non pertinente per la struttura												
<hr/>																
		B8.4.27	>	N.	50,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%		0,6	M	cio
		Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)		dati estratti da infoview regionale												
<hr/>																
		B8.4.28	>	N.	100,00	100,00	0,6	12	101,74	2	2%	100%		0,6	M	cio
		Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)		dati estratti da infoview regionale												
<hr/>																
		B8.4.3c	>	N.	102,34	80,00	0,6	12	100,85	21	26%	100%		0,6		cio
		Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)		dati estratti da infoview regionale												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

8,9

7,0

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	130,35	120,00	0,2	12	131,10	11	9%	30%	3	*	0,1	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso SDO									
		C5.1e	< N.	10,44	7,31	0,2	12	9,77	2	34%	41%	2	*	0,1	M
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa		consuntivo da verificare		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)									
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	74,74	70,80	0,3	12	77,74	7	10%	100%	4	*	0,3	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina		consuntivo da verificare											
		C11a.1.2b	> %.	64,59	57,90	0,3	12	67,93	10	17%	100%	4	*	0,3	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio		consuntivo da verificare											
		C11a.1.3	> %	50,43	58,80	0,3	12	46,95	-12	-20%	40%	4	*	0,1	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani		consuntivo da verificare											

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	51,49 <i>consuntivo da verificare</i>	56,70	0,3	12	51,56	-5	-9%	41%	4 *	0,1	M
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	73,01 <i>consuntivo da verificare</i>	67,00	0,3	12	75,28	8	12%	100%	4 *	0,3	M
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	48,95 <i>consuntivo da verificare</i>	43,70	0,3	12	49,39	6	13%	100%	4 *	0,3	M
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	61,00 <i>consuntivo da verificare</i>	67,10	0,3	12	57,72	-9	-14%	30%	3 *	0,1	
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	701,85 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	583,73	0,3	12	720,98	137	24%	0%	-1 *	0,0	
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	14,97 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	14,98	0,3	12	11,65	-3	-22%	100%	5 *	0,3	M
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	7,59 <i>consuntivo da verificare</i>	7,62	0,3	12	9,64	2	27%	0%	0 *	0,0	
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	1,43 <i>Gen-Sett 2016</i>	1,61	0,2	12	1,05	-1	-35%	100%	5 *	0,2	M
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	5,14 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	1,94	0,0	12	4,17	2	115%	30%	0 *	0,0	M
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	3,00 <i>consuntivo da verificare</i>	3,00	0,0	12					*		
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.	<i>consuntivo da verificare</i>	3,00	1,1	12	3,00	0	0%	100%	*	1,1	
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	13,00 <i>consuntivo da verificare</i>	6,00	1,1	12	7,47	1	25%	100%	5 *	1,1	

Obiettivo annullato: non pertinente per le zone

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	0,6	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,6	cio
				consuntivo da verificare										cts
C7	Materno Infantile	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	4,13	4,50	0,3	12	4,72	0	5%	30%	3 *	0,1	
				Gen-Agosto 2016				dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Alta Val di Cecina						
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,40	0,54	0,3	12	0,25	0	-54%	100%	4 *	0,3	M cio
				Gen-Ottobre 2016				dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso SDO						
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,4	12	2,74	0	-9%	91%	*	1,3	
				da definire preconsuntivo e budget				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Alta Val di Cecina						

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,1	12	53,90	-1	-2%	100%	vr	*	1,1	
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					0	*	
Percentuale di assenza															
Consuntivo 2015 ex asl															
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	0,6	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,6
Tasso di infortuni dei dipendenti															
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														15,0	14,5
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	113.565,30	112.429,65	2,0	12	117.979,89	5.550	5%	75%	vr	3 *	1,5	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%				scostamento relativamente significativo							
		Euro02	< €.	43.126,00	43.126,00	8,0	12	36.688,08	-6.438	-15%	100%		*	8,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI		importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%											
		Euro05	<	4.033.287,56	4.396.676,80	5,0	12	3.989.143,80	-407.533	-9%	100%		*	5,0	M
		Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT		al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %											

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

34,1

3 - Obiettivi REGIONALI

7,8

7,0

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6	
<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>														
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	90,00	1,2	12	69,21	-21	-23%	77%		*	0,9	
<i>dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale</i>														
		RT1a E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%		*	1,2	
<i>file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera</i>														
		RT1b E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	39,77 43,75	1,2	12	51,46	8	18%	100%		*	1,2	M
<i>Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing</i>														
<i>Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2</i>														
B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT12 Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG	> si/no	1,00	0,6	12	0,25	-1	-75%	25%		*	0,2	
<i>Percorso iniziato 54/915 MMG prenotano in generale. Nell'ambito della sanità di iniziativa prenotano il follow up nella quasi totalità dei casi</i>														
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	1,00	0,6	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,5	
<i>Tutti i mmg prenotano il follow up per le 4 patologie della sanità di iniziativa. Le agende dedicate sono state costituite in tutte le ex asl, sebbene non applicate in modo omogeneo in tutta l'azienda</i>														
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no	1,00	0,0	12						*		
<i>non valutabile in quanto assenza di monitoraggio</i>														
		RT15 Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6	
<i>CUP 2.0 avviato, solo Pisa non è partita, per valutazione aziendale</i>														
B1c6	Perseguimento delle Strategie regionali: Continuità Assistenziale	RT34a Rete piede diabetico: progettazione e possibile erogazione di un primo corso di formazione rivolto congiuntamente ai MMG ed ai diabetologi	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6	
<i>Nel corso del 2017 è stato progettato il corso formativo "Prevenzione e cura del piede diabetico: percorsi assistenziali tra territorio e struttura diabetologica." Tale corso ha coinvolto gli specialisti diabetologi, gli infermieri, ed i Medici di medicina</i>														

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

RT35	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Riorrganizzazione</u>	RT35a	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6
Piani Programmazione Operativa Annuale (POA)												
		RT35b	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6
In 9 Zone/Distretto della ASL TNO sono stati attivati nel 2017 24 corsi di auto gestione per la cronicità in ottemperanza DGRT 545/17. Nelle altre 3 zone Distretto (Versilia, Apuane e Lunigiana) entro il 2017 sono stati completati i corsi per formato												

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI 3,0 3,0

P52016	<u>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN</u>	i-P52016	> si/no	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0
la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.												

4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE 3,6 3,6

P49024	<u>Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone, DEU, CUUNN</u>	i-P49024	> si/no	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%		3,6
import del 2018-09-13 univoci - da avere documento												

4 - Ob Az: CDG 4,8 4,8

P29006	<u>Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi</u>	i-P29006	> si/no	1,00	4,8	12	1,00	0	0%	100%		4,8
In fase di prima applicazione, considerando che le verifiche potevano essere svolte in un solo semestre e che tra le tre tipologie di prestazioni l'ADP è quella che presenta la maggiore variabilità, è la tipologia a maggior rischio di inappropriatazza,												

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE 3,6 3,6

P27004	<u>ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio</u>	i-P27004	> si/no	1,00	0,0	12						
Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali. (vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)												

P27010	<u>Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA</u>	i-P27010	> si/no	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%		3,6
procedura inviata da A. Gioia												

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA 3,6 3,6

P26011	<u>Progetto POR FSE</u>	i-P26011b	> %	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4
Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività												
P26014	<u>Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016</u>	i-P26014	> %	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2
monitoraggio e rilevazione dati												

4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE 8,4 8,4

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P28O01	<u>Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni</u>	i-P28O01	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4
Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03/2016 <i>Inviato materiale aggiornato</i>												
P28O02	<u>In base ai requisiti (normativa) dei Presidi territoriali procedere alla classificazione su tre livelli e valutare proposte di redistribuzione degli standard in base alla di popolazione</u>	i-P28O02	> si/no	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 giugno 2016 <i>Inviato materiale aggiornato</i>												
P28O03	<u>Proseguire nei progetti di case della salute</u>	i-P28O03	> si/no	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0
Monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento del progetto <i>Monitoraggio su stato avanzamento realizzato</i>												
P28O04	<u>Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto</u>	i-P28O04	> si/no	1,00	0,0	12					*	
Applicazione del progetto specifico entro il 31/12/2017 <i>Attualmente in corso l'espletamento delle fasi operative della gara per l'acquisto della strumentazione necessaria per la refertazione adistanza per le 10 AFT del territorio della ex ASL 5, e per SPDC</i>												

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 13,6

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 13,6

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	>	%.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016														
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)														
		Q01c	>	%.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
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: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui														
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)														
		Q01d	>	%.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
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):														
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	3,00	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,6
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	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)														
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														

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Consuntivo 2016	Budget * 2017	Pesi	Mese	Consuntivo 2017	Scost.Scost. %	Valutazione 2017
1	2	3	4	5	6	7

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UF CURE PRIMARIE AVC (105)	Totale pesi		100,0	
21404				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

105 BD102140

UF SERT AVC (105)

1 - Obiettivi MeS

35.0

33.7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

13,8

12,4

B7	Copertura vaccinale	B7.4	> N.	11,20	25,00	2,3	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	1,0	M	cio
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	Dati di zona	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana											
				cts											

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema	> %.	80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0	cio
				consuntivo da verificare										cts
							Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona							

B8.4.1	> %.	99,38	98,50	4,6	12	99,46	1	1%	100%	*	4,6	M	cio
Corretta identificazione del cittadino <i>consuntivo da verificare</i> <i>dato estratto da Infoview regionale</i>													
(SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM _VACCINAZIONI.AD/RSA)													
cts													

B8.4.23	> N.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali <i>dati estratti da infview regionale</i>												

B8.4.25	> N.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	cio
% di copertura STS11 ADRSA Residenziali <i>dati estratti da infoview regionale</i>												

B8.4.27	> N.	50,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%	*	1,7	M	cio
Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)													

dati estratti da infoview regionale

B8.4.28	> N.	100,00	100,00	1,7	12	101,74	2	2%	100%	*	1,7	M	cio
Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)													

dati estratti da infoview regionale

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

15,5

15,5

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	4,00	3,00	0,0	12					*		cio cts
-----	-----------------	---	------	------	------	-----	----	--	--	--	--	---	--	------------

C6.2.1a	> %.	3,00	6,3	12	3,00	0	0%	100%	*	6,3	cio
Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo		consuntivo da verificare									cts

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

C6.2.2	> N.	6,00	6,00	5,7	12	7,47	1	25%	100%	5*	5,7	M	cio
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													
consuntivo da verificare													
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
cts													

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

cio
cts

5,7

E1

cio
cts

cio
cts

10,0

10,0

cio
cts

35,0

3,3

cio
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.

vr = Valutazione ragionata

Mese=1 equivale a "dato stimato".

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	100,00	90,00	0.0	12								
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo		dato riferito all'anno 2017 fonte Infview regionale										
		Obiettivo N.V. :per DD non effettuano prescrizioni e per le prescrzioni specialistiche essendo spesso in anonimato hanno un percorso diverso													
		RT1a	> %		100,00	0.0	12							*	
		E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo		file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera										
		Obiettivo N.V. :per DD non effettuano prescrizioni e per le prescrzioni specialistiche essendo spesso in anonimato hanno un percorso diverso													
		RT1b	> %	39,77	43,75	0.0	12	51,46	8	18%	100%		*	0.0	M
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo		Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing										

Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI 4,4 4,4

P52016	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52016 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	4,4	12	1,00	0	0%	100%		*	4,4
		la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.											

P52028	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52028 Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta	> si/no	1,00	0,0	12						*	
---------------	--	--	---------	------	-----	----	--	--	--	--	--	---	--

non valutabile in quanto assenza di monitoraggio

4 - Ob Az: SERT 27,3 27,3

P25003	Attività di educazione alla salute, di prevenzione e Sanità d'Iniziativa	i-P25003 Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG	> N.	1,00	8,7	12	1,00	0	0%	100%		*	8,7
		Educazione salute - Dip Prevenzione	L'evento è stato realizzato in quasi tutte le zone (ad eccezione della valdera)										

P25004	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25004 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no SMIA e SMA	1,00	0,0	12						*	
		posticipato al 2018											

P25008	Definizione di un comune percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol dipendenti	i-P25008 Definizione di un documento per uniformare il percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol entro il	> si/no	1,00	8,7	12	1,00	0	0%	100%		*	8,7
		inviata procedura											

P25009	Definizione di una procedura comune per l'invio in comunità degli utenti	i-P25009 Definizione di un protocollo per l'invio in comunità degli utenti entro il	> si/no	1,00	9,8	12	1,00	0	0%	100%		*	9,8
		sentire Varese											

P25010	Definizione di una procedura/istruzione operativa relativa agli esami tossicologici disposti dall'Autorità Giudiziaria	i-P25010 Definizione di una procedura/istruzione operativa entro il	> si/no	1,00	0,0	12						*	
		eliminato per le zone											

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

Obiettivo annullato

obiettivo non valutabile: la zona non ha consumo di subossone

15,0

13,6

15,0

13,6

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	Q11	> si/no	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	2,6	cio
		Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza: trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017										cts
		Q12	> si/no	1,00	0,0	12						cio
		Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM: inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese										cts

aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)

non è calcolabile, non elaborato

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

Consuntivo 2016	Budget 2017	* Pes Mese	Consuntivo 2017	Scost. %	Scost. %	Valutazione 2017
						<u>Valutazione</u> <u>p1 P2</u>

105_BD10
21405

UF SERT AVC (105)

Totale pesi

95,0

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

105_BD102140

UF ASSISTENZA SOCIALE TERRITORIALE AVC (105)

7

1 - Obiettivi MeS

35,0

27,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

21,0

16,1

B20D	Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT	B20D.1 Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione	< % consuntivo da verificare	25,91	1,65	0,0	12										
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio																	
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	10,01	11,51	2,7	12	9,39	-2	-18%	40%	4	*	1,1			
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso AD-RSA																	
		B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	> Gen-Ago 2016	11,85	12,85	1,1	12	9,27	-4	-28%	30%	3	*	0,3			
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso AD-RSA																	
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	37,40	44,00	1,1	12	42,46	-2	-4%	97%	2	*	1,0			M
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso AD-RSA																	
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	100,00	95,00	1,1	12	100,00	5	5%	100%	5	*	1,1			
		B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	> Gen-Ago 2016	68,42	55,00	1,1	12	46,15	-9	-16%	20%	2	*	0,2			
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso AD-RSA																	
B7	Copertura vaccinale	B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N. Dati di zona	11,20	25,00	1,1	12	14,29	-11	-43%	42%	2	*	0,5			M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																	
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %. consuntivo da verificare		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,0			cio
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																	
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %. consuntivo da verificare	99,38	98,50	2,2	12	99,46	1	1%	100%		*	2,2			M
dato estratto da Infoview regionale																	

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B8	Gestione Dati	B8.4.10 Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	75,52 <i>consuntivo da verificare</i>	90,00	3,2	12	85,39	-5	-5%	68%	*	2,2	M	cio
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona															
		B8.4.23 % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1		cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.24 % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1		cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1		cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.		100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1		cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	50,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1	M	cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	1,1	12	101,74	2	2%	100%	*	1,1	M	cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	102,34	80,00	1,1	12	100,85	21	26%	100%	*	1,1		cio
dati estratti da infoview regionale															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,8

8,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	130,35 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	120,00	1,1	12	131,10	11	9%	30%	3	*	0,3	
dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso SDO															
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	10,44 <i>consuntivo da verificare</i>	7,31	0,8	12	9,77	2	34%	41%	2	*	0,3	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)															
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	1,43 <i>Gen-Sett 2016</i>	1,61	0,9	12	1,05	-1	-35%	100%	5	*	0,9	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Maria Maddalena Volterra (PI)															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	3,00 <i>consuntivo da verificare</i>	3,00	0,0	12					*			cio
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	2,2	12	1,00	-2	-67%	33%	*	0,7		cio
consuntivo da verificare															

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	6,00	6,00	2,2	12	7,47	1	25%	100%	5 *	2,2	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	2,2	12	100,00	0	0%	100%	5 *	2,2		cio
															cts
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,40	0,54	1,6	12	0,25	0	-54%	100%	4 *	1,6	M	cio

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,2	12	53,90	-1	-2%	100%	vr *	2,2		
		E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12					0 *			cio
															cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M	cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	4.518,63	7.579,70	2,0	12	2.538,23	-5.041	-67%	100%	3 *	2,0	M	cio
															cts
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	1.640.732,00	1.640.732,00	8,0	12	1.653.692,82	12.961	1%	100%	vr *	8,0		
		Euro05 Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<			0,0	12					*			

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

						35,0							31,4		
						3,6							3,6		

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	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.													
B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT17	> si/no	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%		3,0	cts
Attuazione della Libera scelta in RSA													
Le zone hanno iniziato nel 2016 un lavoro propedeutico all'attivazione della DRG 995 del 2016, per la messa a regime nel 2017													
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					1,2								1,2
P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	
Elaborazione cronoprogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronoprogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno													
relazione Ferri													
P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	
Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN													
la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.													
P52O28	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52O28	> si/no	1,00	0,0	12							
Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta													
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio													
4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA					2,4								2,4
P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01	> SI/N O	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4	
Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)													
definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVM) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali													
4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE					1,2								1,2
P27O04	ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio	i-P27O04	> si/no	1,00	0,0	12							
Stesura del progetto entro 31/12/2017													
Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali.(vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)													
P27O10	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27O10	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	
Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA													
procedura inviata da A. Gioia													
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					26,7								23,1
P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4	cio
Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017													
Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018													

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

P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	>	%	1,00	0,0	12												cio
		Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno		In corso approfondimento sul possibile passaggio dall'applicativo Caribel all'applicativo Gestì ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar															
P26O07	Rivalutare l'offerta del modulo motorio in base alla delibera che prevede la gratuità dei primi 15 gg post frattura di femore e valutare la possibilità di implementare PL nelle Cure Intermedie in sostituzione dei PL ex art. 26 nei casi di inappropriate	i-P26O07	>	%	1,00	0,0	12												cio
		Relazione da inviare alla Direzione Aziendale alla luce della DGRT n. 679 del 12/07/2016 e del POR FSE		l'obiettivo non era assegnato alla riabilitazione															
P26O09	Organizzare le Commissioni di Valutazione per la Disabilità UVMD per la disabilità secondo il modello della Lunigiana uniformando il sistema degli accessi, la modulistica ed il sistema di valutazione;	i-P26O09	>	%	1,00	2,4	12	0,50	-1	-50%	50%								cio
		Ricognizione sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territori (definizione entro il 30/09/2017)		Obiettivo parzialmente raggiunto a seguito delle indicazioni fornite dalla DGRT 1449/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità:il Progetto di Vita" effettuato gruppo di lavoro interdipartimentale (o															
P26O09a	Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione;Analizzare il passaggio al	i-P26O09a	>	%	1,00	2,4	12	0,00	-1	-100%	0%								cio
		Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017		In fase di elaborazione il documento tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Servizi Sociali non Autosufficienza Disabilità. considerato che siamo a settembre 2018 è da intendersi non raggiunto															
P26O10	PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O10	>	%	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%								cio
		Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017		Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosuffciente " certificato il 30.01.2018															
P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11	>	%	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%								cio
		Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività																	
		i-P26O11a	>	%	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%								cio
		PON Inclusione Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività																	
		i-P26O11b	>	%	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%								cio
		Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività																	
		i-P26O11c	>	%	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%								cio
		Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità																	
P26O12	Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare	i-P26O12	>	%	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%								cio
		Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016																	

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P26O13	Progetto Vita Indipendente ministeriale	i-P26O13	> %	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	cio
Attuazione/realizzazione progetti e monitoraggio													

P26O14	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26O14	> %	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	cio
monitoraggio e rilevazione dati													

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,00	3,7	12	3,00	0	0%	100%	3 *	3,7	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											
			08/05/2017 3/10/2017 26/6/2017 - 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											
			cts											

cts

Q04	> %	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	cio
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)											
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											

cts

C6c	Rischio Clinico	Q10	> %.	90,00	3,7	12	90,00	0	0%	100%	*	3,7	cio
Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato													
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)													

cts

Q11	> si/no	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	cio
Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza:trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017											
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)											

cts

Q12	> si/no	1,00	0,0	12					*		cio
Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese											
non è calcolabile, non elaborato											

cts

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

105_BD10
21407

**UF ASSISTENZA SOCIALE
TERRITORIALE AVC (105)**

Totale pesi

95,0

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)

UO/UF

105_BD1021408 **UF CONSULTORIALE AVC (105)****1 - Obiettivi MeS****35,0****34,3****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****4,8****4,5**

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	99,64 consuntivo da verificare	100,00	1,6	12	116,30	16	16%	100%	vr	5 *	1,6	M	cio	cts
dato interno al 2018-08-31 - livello Alta Val di Cecina																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	> %.	63,91 consuntivo da verificare	60,00	1,6	12	54,70	-5	-9%	100%	vr	5 *	1,6			
dato interno al 2018-08-31 - livello Alta Val di Cecina																	
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																	
B7	Copertura vaccinale	B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	11,20 Dati di zona	25,00	0,5	12	14,29	-11	-43%	42%		2 *	0,2	M	cio	cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																	
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,0		cio	cts
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																	
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38 consuntivo da verificare	98,50	1,1	12	99,46	1	1%	100%		*	1,1	M	cio	cts
dato estratto da Infoview regionale																	

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA**27,0****26,7**

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	3,00 consuntivo da verificare	3,00	0,0	12						*			cio	cts
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	2,1	12	4,00	1	33%	100%		*	2,1		cio	cts
Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale																	
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	12,00 consuntivo da verificare	6,00	1,6	12	7,47	1	25%	100%		5 *	1,6		cio	cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																	
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00 consuntivo da verificare	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%		5 *	1,6		cio	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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C7	Materno Infantile	C7.16	> %.	61,90	93,33	5,3	12	78,57	-15	-16%	93%	4 *	4,9	M
Accesso area maternità\ del consultorio di donne straniere			Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlussi SPC e CAP									
		C7.17	> %.	58,93	7,58	5,3	12	59,38	52	683%	100%	3 *	5,3	M
% primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita			Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso SPC e Flusso CAP									
		C7.18	> %.	103,92	63,33	5,3	12	85,12	22	34%	100%	5 *	5,3	cio
% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum			Gen-Agosto 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlussi SPC e CAP									
		C7.19.1	> %.	64,94	77,09	5,8	12	85,50	8	11%	100%	5 *	5,8	M cio
Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione			Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Alta Val di Cecina, fonteFlusso SPC									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	2,1	12	53,90	-1	-2%	100%	vr	*	2,1			
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		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016											cts	
<hr/>																	
		E3	<	%.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,1	M	cio
Tasso di infortuni dei dipendenti			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 sionificativi da penalizzare. Live											cts	

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	2.911,83	2.692,68	2,0	12	2.544,63	-148	-5%	100%	3 *	2,0	M cio
Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%		sterilizzato costo per PRESERVCTY									
		Euro02	< €.			8,0	12					* *		
Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI			importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%		servizi scaricati su conto non a budget									
		Euro05	<			0,0	12					* *		
Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT			al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura									

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

34,6

3 - Obiettivi REGIONALI

7,8

7,3

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale											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	> %	90,00	1,9	12	69,21	-21	-23%	77%	*	1,5	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale													
		RT1a	> %	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%	*	1,3	
		E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera													
		RT1b	> %	39,77	43,75	12	51,46	8	18%	100%	*	1,3	M
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing													
Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2													
B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT29	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	
		Percorso nascita: prenotazione delle visite e prestazioni di controllo direttamente dal consultorio/ostetrica (% di donne che dichiarano che vengono prenotate direttamente dal personale del consultorio)											
relazione maranto													

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

0,0

0,0

P52016	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52016	> si/no	0,00	0,0	12	0,00	0	0%	100%	*	0,0	
		Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN											
obiettivo non valutabile: non pertinente per la struttura non avendo servizi da liquidare													
P52028	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52028	> si/no	1,00	0,0	12					*		
		Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta											
obiettivo non valutabile: non pertinente per la struttura non avendo servizi da liquidare													
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio													

4 - Ob Az: CONSULTORIO

15,6

15,6

P31002	Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità	i-P31002	> SI/N O	1,00	7,8	12	1,00	0	0%	100%	*	7,8	cio
		1) Implementazione buona pratica sul puerperio 2) definizione di documento organizzativo di struttura											
buona pratica: tutte le strutture hanno raggiunto l'80% dei requisiti minimi (standard considerato positivo) + almeno 1 requisito di qualità. Tutte le strutture si sono dotate di un DOS (documento organizzativo di struttura)													

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P31O04	Audit organizzativi su sistema di Reporting	i-P31O04	> SI/N O	1,00	7,8	12	3,00	2	200%	100%	*	7,8	cio
Effettuare 3 audit per struttura				tutte le zone ad eccezione vdc che non ha allegato niente									

P31O08	Percorso nascita :prenotazione delle visite e prestazioni di controllo direttamente dal consultorio/ostetrica	i-P31O08	> SI/N O	1,00	0,0	12					*		cio
% di donne che dichiarano che vengono prenotate direttamente dal personale del consultorio				Obiettivo già valutato nell'RT29									

4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA

P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01	> SI/N O	1,00	11,7	12	1,00	0	0%	100%	*	11,7	cio
Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)				definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali									

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016				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)									cts

		Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
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: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui				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)									cts

		Q01d	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
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):				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)									cts

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,00	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,0	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)				verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				24/04/2017; 27/02/2017;30/10/2017 - 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						cts

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

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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	cio
Obiettivo annullato															cts
C6c	Rischio Clinico	Q10	> %.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		2,6	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)	cio
															cts
		Q11	> si/no		1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)	cio
															cts
		Q12	> si/no		1,00	0,0	12							non è calcolabile, non elaborato	cio
															cts

martedì 12 marzo 2019

Asl Toscana Nord Ovest - Staff direzione generale - Area Programmazione e controllo

Pagina 58 di 67

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	UF CONSULTORIALE AVC	Totale pesi		Per il punteggio finale si veda il report riepilogativo per dipartimenti e UU.OO.	
21408	(105)	95,0			

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

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

UO/UF

105 BD102141

SUPPORTO AMMINISTRATIVO ZONA AVC (105)

4

1 - Obiettivi MeS

35.6

33,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

12,8

10,4

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1	% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	>	%.	1,00	0,9	12				50%	vr		0,5	
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisi e non dipendenti dal servizio.																
		B24.1	% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	>	%.	1,00	1,2	12				50%	vr	*	0,6	
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisi e non dipendenti dal servizio.																
		B24.1	% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	>	%.	1,00	1,2	12				50%	vr	*	0,6	
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisi e non dipendenti dal servizio.																
		B24.1	% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	>	%.	1,00	0,9	12				50%	vr	*	0,5	
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisi e non dipendenti dal servizio.																
B8	Gestione Dati	B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio cts
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio cts
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio cts

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

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM , VACCINAZIONI, AD/RSA)												cts
		B8.4.10	> N.	1,00	0,2	12				68%	vr	*	0,1	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA												
		B8.4.10	> N.	1,00	0,3	12				68%	vr	*	0,2	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA												
		B8.4.10	> N.	1,00	0,2	12				68%	vr	*	0,1	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA												
		B8.4.10	> N.	1,00	0,3	12				68%	vr	*	0,2	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA												
		B8.4.23	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali												
		B8.4.23	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali												
		B8.4.23	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali												
		B8.4.23	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali												
		B8.4.24	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali												
		B8.4.24	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali												
		B8.4.24	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali												

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B8	Gestione Dati	B8.4.24 % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,4	12				100%	vr	*	0,4	cio
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,4	12				100%	vr	*	0,4	cio
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B8	Gestione Dati	B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

22,8

22,8

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	1,00	5,0	12				100%	vr	*	5,0	
		E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	1,00	5,0	12				100%	vr	*	5,0	
		E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	1,00	6,4	12				100%	vr	*	6,4	
		E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	1,00	6,4	12				100%	vr	*	6,4	

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

300,0

300,0

3 - Obiettivi REGIONALI

66,7

66,7

B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT17 Attuazione della Libera scelta in RSA	> si/no	1,00	13,3	12				100%	vr	*	13,3	
------	---	---	---------	------	------	----	--	--	--	------	----	---	------	--

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

B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT17 Attuazione della Libera scelta in RSA	> si/no	1,00	20,0	12				100%	vr	*	20,0
------	---	---	---------	------	------	----	--	--	--	------	----	---	------

RT17 Attuazione della Libera scelta in RSA	> si/no	1,00	20,0	12				100%	vr	*	20,0
---	---------	------	------	----	--	--	--	------	----	---	------

RT17 Attuazione della Libera scelta in RSA	> si/no	1,00	13,3	12				100%	vr	*	13,3
---	---------	------	------	----	--	--	--	------	----	---	------

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

83,3

83,3

P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	25,0	12				100%	vr	*	25,0
--------	--	--	---------	------	------	----	--	--	--	------	----	---	------

i-P52O16 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	16,7	12				100%	vr	*	16,7
--	---------	------	------	----	--	--	--	------	----	---	------

i-P52O16 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	16,7	12				100%	vr	*	16,7
--	---------	------	------	----	--	--	--	------	----	---	------

i-P52O16 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	25,0	12				100%	vr	*	25,0
--	---------	------	------	----	--	--	--	------	----	---	------

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

150,0

150,0

P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	> %	1,00	2,7	12				100%	vr	*	2,7	cio
--------	------------------	---	-----	------	-----	----	--	--	--	------	----	---	-----	-----

i-P26O11 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	> %	1,00	4,0	12				100%	vr	*	4,0	cio
---	-----	------	-----	----	--	--	--	------	----	---	-----	-----

i-P26O11 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	> %	1,00	2,7	12				100%	vr	*	2,7	cio
---	-----	------	-----	----	--	--	--	------	----	---	-----	-----

i-P26O11 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	> %	1,00	4,0	12				100%	vr	*	4,0	cio
---	-----	------	-----	----	--	--	--	------	----	---	-----	-----

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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11a PON Inclusion Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	4,0	12				100%	vr	*	4,0	cio
		i-P26O11a PON Inclusion Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	2,7	12				100%	vr	*	2,7	cio
		i-P26O11a PON Inclusion Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	4,0	12				100%	vr	*	4,0	cio
		i-P26O11a PON Inclusion Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	2,7	12				100%	vr	*	2,7	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	4,0	12				100%	vr	*	4,0	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	2,7	12				100%	vr	*	2,7	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	2,7	12				100%	vr	*	2,7	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	4,0	12				100%	vr	*	4,0	cio
		i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	2,0	12				100%	vr	*	2,0	cio
		i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	3,0	12				100%	vr	*	3,0	cio

* = 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

ZONA DISTRETTO ALTA VAL DI CECINA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	2,0	12				100%	vr	*	2,0	cio
		i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	3,0	12				100%	vr	*	3,0	cio
P26O12	Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare	i-P26O12 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	> %	1,00	10,0	12				100%	vr	*	10,0	cio
		i-P26O12 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	> %	1,00	10,0	12				100%	vr	*	10,0	cio
		i-P26O12 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	> %	1,00	15,0	12				100%	vr	*	15,0	cio
		i-P26O12 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	> %	1,00	15,0	12				100%	vr	*	15,0	cio
P26O14	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26O14 monitoraggio e rilevazione dati	> %	1,00	10,0	12				100%	vr	*	10,0	cio
		i-P26O14 monitoraggio e rilevazione dati	> %	1,00	10,0	12				100%	vr	*	10,0	cio
		i-P26O14 monitoraggio e rilevazione dati	> %	1,00	15,0	12				100%	vr	*	15,0	cio
		i-P26O14 monitoraggio e rilevazione dati	> %	1,00	15,0	12				100%	vr	*	15,0	cio

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	SUPPORTO AMMINISTRATIVO	Totale pesi		Per il punteggio finale	
21414	ZONA AVC (105)	335,6		si veda il report	
				rieapilativo 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)