

## Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

ZD9

### **ZONA DISTRETTO DELL'ELBA**

**Responsabile:** Gianni Donigaglia

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".*

ZD9

**ZONA DISTRETTO DELL'ELBA**

**Responsabile:**

Macrostruttura

ZD9 ZONA DISTRETTO DELL'ELBA

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

24,4

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

23,2

15,9

|   |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |   |
|---|--|---|----------------------------------|--------|-------|-----|----|--------|----|------|------|----|-----|--|--|---|
| <b>B20D</b>   | <b>Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT</b> | B20D.1<br>Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione     | < %<br>consuntivo da verificare  | 7,28   | 1,65  | 0,0 | 12 |        |    |      |      |    |     |  |  |   |
| non valutabile in quanto assenza di monitoraggio            |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |   |
| <b>B22</b>  | <b>Attività Fisica Adattata (AFA)</b>              | B22.1<br>N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni  | > N.<br>Dati di zona             | 1,64   | 2,81  | 2,1 | 12 | 2,02   | -1 | -28% | 82%  | 5* | 1,8 |  |  | M |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Regione Toscana |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |   |
|   |  | B22.2<br>N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni  | > N.<br>Dati di zona             | 1,90   | 3,32  | 2,1 | 12 | 1,90   | -1 | -43% | 20%  | 2* | 0,4 |  |  | M |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Regione Toscana |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |   |
| <b>B24</b>  | <b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>           | B24.1<br>% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati) | > %.<br>consuntivo da verificare | 29,61  | 33,82 | 0,5 | 12 | 33,27  | -1 | -2%  | 100% | 3* | 0,5 |  |  | M |
| <b>B26.1</b>  | <b>Sanità d'Iniziativa</b>                         | B26.1<br>% popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli   | > N.<br>Dati di zona             | 100,00 | 80,00 | 1,5 | 12 | 98,00  | 18 | 22%  | 100% | 5* | 1,5 |  |  |   |
| dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Elba            |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |   |
| <b>B28</b>  | <b>Cure Domiciliari</b>                            | B28.1.2<br>Percentuale di anziani in CD con valutazione   | > %<br>Gen-Ago 2016              | 8,04   | 11,51 | 1,1 | 12 | 7,54   | -4 | -34% | 30%  | 3* | 0,3 |  |  |   |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Flusso AD-RSA   |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |   |
|   |  | B28.2.5<br>Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.    | ><br>Gen-Ago 2016                | 10,64  | 12,85 | 0,9 | 12 | 10,60  | -2 | -18% | 30%  | 3* | 0,3 |  |  |   |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Flusso AD-RSA   |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |   |
|   |  | B28.2.9<br>Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari                                   | ><br>Gen-Ago 2016                | 49,54  | 44,00 | 0,9 | 12 | 51,70  | 8  | 17%  | 100% | 2* | 0,9 |  |  | M |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Flusso AD-RSA   |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |   |
| <b>B28.3</b>  | <b>Assistenza Residenziale</b>                     | B28.3.2.1<br>Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone   | ><br>Gen-Ago 2016                | 74,68  | 95,00 | 0,5 | 12 | 100,00 | 5  | 5%   | 100% | 5* | 0,5 |  |  | M |
|   |  | B28.3.3<br>Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico                                    | ><br>Gen-Ago 2016                | 57,14  | 55,00 | 0,5 | 12 | 55,13  | 0  | 0%   | 100% | 5* | 0,5 |  |  |   |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso AD-RSA |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |   |

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

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|                                     |                      |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|-------------------------------------|----------------------|---|------|--------|--------|-----|----|--------|----|-----|------|---|-----|-------|
| <b>B8</b>                           | <b>Gestione Dati</b> | B8.4.23<br>% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali                        | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,3 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 0,3 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale |                      |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|                                     |                      | B8.4.24<br>% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali                        | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,3 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 0,3 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale |                      |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|                                     |                      | B8.4.25<br>% di copertura STS11 ADRSA Residenziali                            | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,3 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 0,3 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale |                      |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|                                     |                      | B8.4.26<br>% di correttezza RFC ADRSA Residenziali                            | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,3 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 0,3 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale |                      |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|                                     |                      | B8.4.27<br>Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)                      | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,3 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 0,3 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale |                      |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|                                     |                      | B8.4.28<br>Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)                          | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,3 | 12 | 101,74 | 2  | 2%  | 100% | * | 0,3 | M cio |
| dati estratti da infoview regionale |                      |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|                                     |                      | B8.4.3c<br>Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) | > N. | 102,34 | 80,00  | 0,5 | 12 | 100,85 | 21 | 26% | 100% | * | 0,5 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale |                      |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |

### 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,7

7,3

|   |   |   |      |                                   |        |     |    |        |     |      |     |   |     |       |
|---|---|---|------|-----------------------------------|--------|-----|----|--------|-----|------|-----|---|-----|-------|
| <b>C1</b>   | <b>Capacità di governo della domanda</b>          | C1.1<br>Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti  | < N. | 139,17<br>Gen-Ottobre 2016        | 120,00 | 0,2 | 12 | 134,19 | 14  | 12%  | 56% | 3 | 0,1 | M     |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso SDO                       |   |   |      |                                   |        |     |    |        |     |      |     |   |     |       |
|   |   | C5.1e<br>Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa | < N. | 13,15<br>consuntivo da verificare | 7,31   | 0,2 | 12 | 10,26  | 3   | 40%  | 49% | 1 | 0,1 | M     |
| dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI) |   |   |      |                                   |        |     |    |        |     |      |     |   |     |       |
| <b>C11a</b>   | <b>Efficacia Assistenziale patologie croniche</b> | C11a.1.2a<br>% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina              | > %. | 70,83<br>consuntivo da verificare | 70,80  | 0,3 | 12 | 70,24  | -1  | -1%  | 40% | 4 | 0,1 | cio   |
|   |   | C11a.1.2b<br>% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio        | > %. | 51,57<br>consuntivo da verificare | 57,90  | 0,3 | 12 | 53,89  | -4  | -7%  | 77% | 4 | 0,2 | M cio |
|   |   | C11a.1.3<br>% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani                 | > %  | 55,26<br>consuntivo da verificare | 58,80  | 0,3 | 12 | 48,93  | -10 | -17% | 40% | 4 | 0,1 |       |
|   |   | C11a.1.4<br>% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante                          | > %  | 49,53<br>consuntivo da verificare | 56,70  | 0,3 | 12 | 49,38  | -7  | -13% | 40% | 4 | 0,1 |       |

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|             |   |  |      |  |        |     |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|-------------|---|--|------|--|--------|-----|----|--------|-----|------|------|------|-----|---|-----|
| <b>C11a</b> | <b>Efficacia Assistenziale patologie croniche</b> | C11a.2.2<br>% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata                                  | > %. | 63,27<br><i>consuntivo da verificare</i> | 67,00  | 0,3 | 12 | 67,79  | 1   | 1%   | 100% | 4 *  | 0,3 | M | cio |
|             |   | C11a.2.3<br>Residenti con Diabete con almeno un esame della retina   | >    | 40,13<br><i>consuntivo da verificare</i> | 43,70  | 0,3 | 12 | 39,68  | -4  | -9%  | 40%  | 4 *  | 0,1 |   |     |
|             |   | C11a.5.1<br>% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.                                  | > %  | 63,95<br><i>consuntivo da verificare</i> | 67,10  | 0,3 | 12 | 56,79  | -10 | -15% | 30%  | 3 *  | 0,1 |   |     |
| <b>C13</b>  | <b>Appropriatezza diagnostica</b>                 | C13.2<br>Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini  | < N. | 557,50<br><i>Gen-Ottobre 2016</i>        | 583,73 | 0,3 | 12 | 560,70 | -23 | -4%  | 100% | -1 * | 0,3 |   |     |
|             |   | C13.2.2.1<br>Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)                                | < %. | 10,24<br><i>Gen-Ottobre 2016</i>         | 10,25  | 0,3 | 12 | 9,94   | 0   | -3%  | 100% | 5 *  | 0,3 | M |     |
|             |   | C13.2.2.2<br>% Pazienti che ripetono le RM lomBar entro 12 mesi  | < %. | 12,88<br><i>consuntivo da verificare</i> | 7,62   | 0,3 | 12 | 8,40   | 1   | 10%  | 100% | 3 *  | 0,3 | M |     |
| <b>C14</b>  | <b>Appropriatezza medica</b>                      | C14.4<br>% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)                                       | < %. | 2,47<br><i>Gen-Sett 2016</i>             | 1,61   | 0,2 | 12 | 1,85   | 0   | 15%  | 100% | 4 *  | 0,2 | M | cio |
| <b>C15</b>  | <b>Salute Mentale</b>                             | C15.2<br>Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero | > %. | 41,67<br><i>Gen-Agosto 2016</i>          | 54,50  | 1,1 | 12 | 58,33  | 4   | 7%   | 100% | 3 *  | 1,1 | M | cio |
|             |   | C8a.13.2<br>Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche                                  | < %  | 3,95<br><i>Gen-Ottobre 2016</i>          | 4,40   | 1,0 | 12 | 4,23   | 0   | -4%  | 100% | 3 *  | 1,0 |   | cts |
|             |   | C8a.13a<br>Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche                                | < %  | 6,17<br><i>Gen-Ottobre 2016</i>          | 4,29   | 1,1 | 12 | 6,82   | 3   | 59%  | 0%   | 1 *  | 0,0 |   |     |
| <b>C17</b>  | <b>Riabilitazione</b>                             | C17.1.1<br>Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56  | < N. | 1,95<br><i>Gen-Ottobre 2016</i>          | 1,94   | 0,0 | 12 | 2,04   | 0   | 5%   | 30%  | 3 *  | 0,0 |   |     |
| <b>C6c</b>  | <b>Rischio Clinico</b>                            | C6.2.1a<br>Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo             | > %. | <i>consuntivo da verificare</i>          | 18,00  | 1,1 | 12 | 8,00   | -10 | -56% | 44%  |      | 0,5 |   | cio |

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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|          |   |  |      |                                    |        |     |    |   |    |      |      |    |     |   |  |
|----------|---|--|------|------------------------------------|--------|-----|----|---|----|------|------|----|-----|---|--|
| C6c      | Rischio Clinico                           | C6.2.2<br>Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)                          | > N. | 18,00                              | 6,00   | 0,5 | 12 | 7,47  | 1  | 25%  | 100% | 5* | 0,5 |   |  |
|          |   |  |      | consuntivo da verificare           |        |     |    | dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO   |    |      |      |    |     |   |  |
|          |   | C6.7.1<br>Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)                      | > N. | 100,00                             | 100,00 | 0,3 | 12 | 100,00  | 0  | 0%   | 100% | 5* | 0,3 |   |  |
|          |   |  |      | consuntivo da verificare           |        |     |    |   |    |      |      |    |     |   |  |
| C7       | Materno Infantile                         | C7.18<br>% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum                          | > %. | 39,00                              | 63,33  | 0,3 | 12 | 87,57   | 24 | 38%  | 100% | 5* | 0,3 | M |  |
|          |   |  |      | Gen-Agosto 2016                    |        |     |    | dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlussi SPC e CAP                                     |    |      |      |    |     |   |  |
|          |   | C7.7R<br>Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario | < %. | 6,78                               | 4,50   | 0,3 | 12 | 5,24  | 1  | 16%  | 88%  | 2* | 0,3 | M |  |
|          |   |  |      | Gen-Agosto 2016                    |        |     |    | dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Elba  |    |      |      |    |     |   |  |
| C8b      | Integrazione Ospedale - Territorio        | C8b.2<br>Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti                       | < N. | 0,47                               | 0,54   | 0,3 | 12 | 0,83  | 0  | 54%  | 0%   | 1* | 0,0 |   |  |
|          |   |  |      | Gen-Ottobre 2016                   |        |     |    | dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso SDO   |    |      |      |    |     |   |  |
| C9a-F12b | Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica | C9a-F12b<br>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica  | > N. |                                    | 3,00   | 1,0 | 12 | 2,61  | 0  | -13% | 87%  |    | 0,8 |   |  |
|          |   |  |      | da definire preconsuntivo e budget |        |     |    | valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Elba |    |      |      |    |     |   |  |

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

|   |                         |    |   |   |       |  |        |       |  |        |      |      |      |     |   |     |     |     |
|---|-------------------------|----|---|---|-------|--|--------|-------|--|--------|------|------|------|-----|---|-----|-----|-----|
| E | VALUTAZIONE INTERNA (E) | E1 | >   |   | 55,00 | 0,5  | 12     | 58,80 | 4  | 7%     | 100% | vr   | 0    | 0,5 |   |     |     |     |
|   |                         |    | 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   | * |     | cio |     |
|   |                         |    | Percentuale di assenza                                      |   |       | Consuntivo 2015 ex asl   |        |       | dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016   |        |      |      |      |     |   |     | cts |     |
|   |                         |    | dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata |   |       |  |        |       |  |        |      |      |      |     |   |     |     |     |
|   |                         |    |   |   |       |  |        |       |  |        |      |      |      |     |   |     |     |     |
|   |                         |    | E3  | < | %.    | 796,00   | 795,00 | 0,5   | 12   | 713,00 | -82  | -10% | 100% |     | * | 0,5 | 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 sianificativi da penalizzare. Live |        |      |      |      |     |   |     |     | cts |

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

| 2 - Obiettivi ECONOMICI                 |   |        |  |              |              |   |    |              |  |     |     |    |    | 15,0 |   |     |  |  | 10,7 |
|---|---|--------|--|--------------|--------------|---|----|--------------|--|-----|-----|----|----|------|---|-----|--|--|------|
| F                                       | Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa | Euro01 | < €.   | 254.496,91   | 224.231,13   | 2,0   | 12 | 247.677,37   | 23.446   | 10% | 75% | vr | 3* | 1,5  | M | cio |  |  |      |
|   |   |        | Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI |              |              | importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1% |    |              |  |     |     |    |    |      |   | cts |  |  |      |
| scostamento relativamente significativo |   |        |  |              |              |   |    |              |  |     |     |    |    |      |   |     |  |  |      |
|   |   | Euro02 | < €.   | 1.787.384,28 | 1.787.384,28 | 8,0   | 12 | 1.834.074,16 | 46.690   | 3%  | 70% | vr |    | 5,6  |   |     |  |  |      |
|   |   |        | Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI             |              |              | importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1% |    |              | neutralizzato incremento spesa per provvedimenti autorità giudiziaria e maggiori costi per Quote sanitarie su indicazione dg ufficio di direzione 13/11/2017 |     |     |    |    |      |   |     |  |  |      |

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

|          |  |  |   |              |              |     |    |              |         |    |     |                          |     |   |
|----------|--|--|---|--------------|--------------|-----|----|--------------|---------|----|-----|--------------------------|-----|---|
| <b>E</b> | <b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b> | Euro05<br>Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT | <   | 6.827.596,13 | 6.201.528,30 | 5,0 | 12 | 6.379.873,78 | 178.345 | 3% | 72% | <input type="checkbox"/> | 3,6 | M |
|          |  |  | 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 % |              |              |     |    |              |         |    |     |                          |     |   |

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

31,1

## 3 - Obiettivi REGIONALI

12,3

11,0

|            |   |  |   |       |      |     |    |      |   |    |      |                          |     |  |
|------------|---|--|---|-------|------|-----|----|------|---|----|------|--------------------------|-----|--|
| <b>B18</b> | <b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b> | RT5<br>Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale | >   | si/no | 1,00 | 0,6 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | <input type="checkbox"/> | 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. |       |      |     |    |      |   |    |      |                          |     |  |

cio  
cts

|             |  |   |  |   |       |       |     |    |       |     |      |     |                          |     |   |
|-------------|--|---|--|---|-------|-------|-----|----|-------|-----|------|-----|--------------------------|-----|---|
| <b>B1c1</b> | <b><u>Perseguimento delle Strategie regionali:</u></b><br><b><u>Informatizzazione (az)</u></b> | RT1<br>E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre) | >  | % | 40,00 | 90,00 | 0.6 | 12 | 50,00 | -40 | -44% | 20% | <input type="checkbox"/> | 0.1 | M |
|             |  |   | da aggiornare pre-consuntivo<br>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) | >   | % |  | 100,00 | 0,6 | 12 | 60,00 | -40 | -40% | 60% | <input type="checkbox"/> | 0,4 |  |
|      |  | da aggiornare pre-consuntivo<br>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) | >  | % | 39,77 | 43,75 | 0,6 | 12 | 51,46 | 8 | 18% | 100% | <input type="checkbox"/> | 0,6 | M |
|      |   | Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing |   |       |       |     |    |       |   |     |      |                          |     |   |

Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2

|             |   |  |   |       |      |     |    |      |    |      |     |                          |     |  |
|-------------|---|--|---|-------|------|-----|----|------|----|------|-----|--------------------------|-----|--|
| <b>B1c3</b> | <b>Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa</b> | RT12<br>Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG | >   | si/no | 1,00 | 0,6 | 12 | 0,25 | -1 | -75% | 25% | <input type="checkbox"/> | 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% | <input type="checkbox"/> | 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 |       |  |      |     |    |      |   |      |     |                          |     |  |

|      |  |  |       |  |      |     |    |  |  |  |  |                          |  |  |
|------|--|--|-------|--|------|-----|----|--|--|--|--|--------------------------|--|--|
| 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 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |  |  |
|      |  | non valutabile in quanto assenza di monitoraggio |       |  |      |     |    |  |  |  |  |                          |  |  |



|      |   |   |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
|------|---|---|---------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|
| B1c3 | Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa              | RT15  | > si/no | 1,00 | 0,6 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 0,6 |
|      |   | Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0<br><i>CUP 2.0 avviato, solo Pisa non è partita, per valutazione aziendale</i>  |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
|      |   | 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)<br><i>relazione maranto</i>  |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
| 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<br><i>Sono state costituite con atti formali le ACOT in ogni Zona Distretto, compreso quella Pisana integrandola con quella ospedaliera in un'unica ACOT</i>               |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
|      |   | 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<br><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>                 |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
| 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)<br><i>Relazione REMS firma DS</i>   |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
|      |   | RT17  | > si/no | 1,00 | 2,7 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 2,7 |
|      |   | Attuazione della Libera scelta in RSA<br><i>Le zone hanno iniziato nel 2016 un lavoro propedeutico all'attivazione della DRG 995 del 2016, per la messa a regime nel 2017</i>   |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
| 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<br><i>Piani Programmazione Operativa Annuale (POA)</i>  |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
|      |   | 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<br><i>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</i> |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
| 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.<br><i>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</i>                               |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

2,4

2,4

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

## ZONA DISTRETTO DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|   |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
|---|--|--|-------------|------|------------|----|------|---|------|------|---|------------|
| <b>P49O08</b>   | <b>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</b>                          | i-P49O08<br>Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno                  | > si/no     | 1,00 | 0,6        | 12 | 1,00 | 0 | 0%   | 100% | * | 0,6        |
| <i>relazione Ferri</i>  |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
| <b>P52O15</b>   | <b>Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo</b>                    | i-P52O15<br>Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo   | > si/no     | 1,00 | 0,6        | 12 | 1,00 | 0 | 0%   | 100% | * | 0,6        |
| <i>import del 2018-09-13 - Il Dipartimento Amministrativo è stato certificato nel 2018</i>  |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
| <b>P52O16</b>   | <b>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN</b>                    | i-P52O16<br>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN   | > si/no     | 1,00 | 1,2        | 12 | 1,00 | 0 | 0%   | 100% | * | 1,2        |
| <i>la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.</i>   |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
| <b>P52O28</b>   | <b>Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali</b>                 | i-P52O28<br>Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta   | > si/no     | 1,00 | 0,0        | 12 |      |   |      |      | * |            |
| <i>non valutabile in quanto assenza di monitoraggio</i>   |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
| <b>4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b>  |  |  |             |      | <b>0,6</b> |    |      |   |      |      |   | <b>0,6</b> |
| <b>P49O24</b>   | <b>Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone, DEU, CUUNN</b>     | i-P49O24<br>Definire un modello organizzativo unico entro il 31/07/2017  | > si/no     | 1,00 | 0,6        | 12 | 1,00 | 0 | 0%   | 100% | * | 0,6        |
| <i>import del 2018-09-13 univoci - da avere documento</i>   |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
| <b>4 - Ob Az: CDG</b>   |  |  |             |      | <b>0,5</b> |    |      |   |      |      |   | <b>0,5</b> |
| <b>P29O06</b>   | <b>Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi</b>          | i-P29O06<br>Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)  | > si/no     | 1,00 | 0,5        | 12 | 1,00 | 0 | 0%   | 100% | * | 0,5        |
| <i>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.</i> |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
| <b>4 - Ob Az: CONSULTORIO</b>   |  |  |             |      | <b>1,2</b> |    |      |   |      |      |   | <b>1,2</b> |
| <b>P31O02</b>   | <b>Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità</b>   | i-P31O02<br>1)Implementazione buona pratica sul puerperio<br>2)definizione di documento organizzativo di struttura                                       | > SI/N<br>O | 1,00 | 0,6        | 12 | 1,00 | 0 | 0%   | 100% | * | 0,6        |
| <i>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)</i>                             |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
| <b>P31O04</b>   | <b>Audit organizzativi su sistema di Reporting</b>   | i-P31O04<br>Effettuare 3 audit per struttura   | > SI/N<br>O | 1,00 | 0,6        | 12 | 3,00 | 2 | 200% | 100% | * | 0,6        |
| <i>tutte le zone ad eccezione vdc che non ha allegato niente</i>  |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
| <b>4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA</b>  |  |  |             |      | <b>0,6</b> |    |      |   |      |      |   | <b>0,6</b> |
| <b>P31O01</b>   | <b>Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori</b> | i-P31O01<br>Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre) | > SI/N<br>O | 1,00 | 0,6        | 12 | 1,00 | 0 | 0%   | 100% | * | 0,6        |
| <i>definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali</i>  |  |  |             |      |            |    |      |   |      |      |   |            |
| <b>4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE</b>   |  |  |             |      | <b>0,8</b> |    |      |   |      |      |   | <b>0,8</b> |

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

|   |  |  |   |       |      |     |    |  |      |    |       |     |      |   |     |     |     |
|---|--|--|---|-------|------|-----|----|--|------|----|-------|-----|------|---|-----|-----|-----|
| 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<br>Stesura del progetto entro 31/12/2017  | > | si/no | 1,00 | 0,0 | 12 |  | 1,00 |    | 0     | 0%  |      | * |     |     |     |
| 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<br>Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA   | > | si/no | 1,00 | 0,8 | 12 |  | 1,00 |    | 0     | 0%  | 100% |   | *   | 0,8 |     |
| procedura inviata da A. Gioia   |  |  |   |       |      |     |    |  |      |    |       |     |      |   |     |     |     |
| 4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA  |  |  |   |       |      | 6,0 |    |  |      |    |       |     |      |   |     |     | 5,1 |
| P26O05  | UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento  | i-P26O05<br>Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017   | > | %     | 1,00 | 0,6 | 12 |  | 1,00 |    | 0     | 0%  | 100% |   | *   | 0,6 |     |
| 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<br>Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno   | > | %     | 1,00 | 0,0 | 12 |  |      |    |       |     |      | * |     |     |     |
| 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<br>Relazione da inviare alla Direzione Aziendale alla luce della DGRT n. 679 del 12/07/2016 e del POR FSE   | > | %     | 1,00 | 0,0 | 12 |  |      |    |       |     |      | * |     |     |     |
| l'obiettivo non era assegnato alla riabilitazione   |  |  |   |       |      |     |    |  |      |    |       |     |      |   |     |     |     |
| P26O09  | Organizzare le Commissioni di Valutazione per la Disabilità UVM per la disabilità secondo il modello della Lunigiana uniformando il sistema degli accessi, la modulistica ed il sistema di valutazione;  | i-P26O09<br>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) | > | %     | 1,00 | 0,6 | 12 |  | 0,50 | -1 | -50%  | 50% |      | * | 0,3 |     |     |
| 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<br>Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017   | > | %     | 1,00 | 0,6 | 12 |  | 0,00 | -1 | -100% | 0%  |      | * | 0,0 |     |     |
| 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<br>Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017   | > | %     | 1,00 | 0,6 | 12 |  | 1,00 |    | 0     | 0%  | 100% |   | *   | 0,6 |     |
| Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018   |  |  |   |       |      |     |    |  |      |    |       |     |      |   |     |     |     |
| P26O11  | Progetto POR FSE   | i-P26O11<br>Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività  | > | %     | 1,00 | 0,0 | 12 |  |      |    |       |     |      | * |     |     |     |
| cioè  |  |  |   |       |      |     |    |  |      |    |       |     |      |   |     |     |     |
|   |  | i-P26O11a<br>PON Inclusione Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività   | > | %     | 1,00 | 0,6 | 12 |  | 1,00 |    | 0     | 0%  | 100% |   | *   | 0,6 |     |
| cioè  |  |  |   |       |      |     |    |  |      |    |       |     |      |   |     |     |     |

*martedì 12 marzo 2019*

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

## ZONA DISTRETTO DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|        |   |  |     |      |     |    |      |   |    |      |   |     |     |
|--------|---|--|-----|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|-----|
| P26O11 | Progetto POR FSE  | i-P26O11b<br>Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità<br>Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività | > % | 1,00 | 0,6 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 0,6 | cio |
|        |   | i-P26O11c<br>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<br>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<br>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<br>monitoraggio e rilevazione dati  | > % | 1,00 | 0,6 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 0,6 | cio |

### 4 - Ob Az: PREVENZIONE

|        |   |  |      |      |     |    |      |   |    |      |   |     |  |
|--------|---|--|------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|--|
| P23O06 | Definire un protocollo condiviso con Prevenzione, Medicina Legale e Zone Distretto per la gestione dell'attività necroscopica | i-P23O06<br>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

|        |   |  |   |      |     |    |      |    |       |    |   |     |  |
|--------|---|--|---|------|-----|----|------|----|-------|----|---|-----|--|
| P24O02 | Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI | i-P24O02<br>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<br>Direttori DP, Professioni sanitarie ADULTI | 1,00 | 1,0 | 12 | 0,00 | -1 | -100% | 0% | * | 0,0 |  |
|--------|---|--|---|------|-----|----|------|----|-------|----|---|-----|--|

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<br>Incontri periodici con le AFT                                   | > N.<br>Dip. Farmaco | 1,00 | 0,7 | 12 | 0,00 | -1 | -100% | 0%   | * | 0,0 |  |
|        |   | i-P24O05a<br>Incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco | > N.<br>Dip. Farmaco | 1,00 | 0,7 | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% | * | 0,7 |  |

sentire Sarlo

|        |                                      |   |      |      |     |    |  |  |  |  |   |  |  |
|--------|--------------------------------------|---|------|------|-----|----|--|--|--|--|---|--|--|
| P24O07 | Tempi di attesa visite psichiatriche | i-P24O07<br>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<br>Procedura uniforme per tutta l'ATNO sulle modalità di accesso | > N. | 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".

|   |  |  |   |        |     |    |        |     |      |      |  |   |     |   |  |     |
|---|--|--|---|--------|-----|----|--------|-----|------|------|--|---|-----|---|--|-----|
| 4 - Ob Az: SERT                         |  |  |   |        | 4,2 |    |        |     |      |      |  |   |     |   |  | 4,2 |
| P25O03                                  | Attività di educazione alla salute, di prevenzione e Sanità d'Iniziativa   | i-P25O03<br>Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG  | > N.  | 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<br>Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica                | > si/no<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>Riduzione spesa del 10% rispetto all'anno 2016   | < %   | -10,00 | 0,6 | 12 | -62,55 | -53 | 526% | 100% |  | * | 0,6 | Obiettivo annullato<br>monitoraggio CdG consumi Suboxone: risultato 2017 -16%   |  |     |
| 4 - Ob Az: SMIA                         |  |  |   |        | 1,0 |    |        |     |      |      |  |   |     |   |  | 1,0 |
| P24O02a                                 | Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)   | i-P24O02a<br>Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta               | > si/no<br>Direttori DP, Professioni sanitarie MINORI | 1,00   | 0,5 | 12 | 1,00   | 0   | 0%   | 100% |  | * | 0,5 |   |  |     |
| 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<br>1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre) | > SI/N<br>O   | 1,00   | 0,5 | 12 | 1,00   | 0   | 0%   | 100% |  | * | 0,5 |   |  |     |
| 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<br>Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03/2016   | > si/no   | 1,00   | 0,6 | 12 | 1,00   | 0   | 0%   | 100% |  | * | 0,6 | Inviato materiale aggiornato  |  |     |

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

## ZONA DISTRETTO DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|               |  |          |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |   |
|---------------|--|----------|---------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|---|
| <b>P28O02</b> | <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 | 0,6 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 0,6 | Inviato materiale aggiornato  |
| <b>P28O03</b> | <u>Proseguire nei progetti di case della salute</u>  | i-P28O03 | > si/no | 1,00 | 0,6 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 0,6 | Monitoraggio su stato avanzamento realizzato  |
| <b>P28O04</b> | <u>Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto</u>   | i-P28O04 | > si/no | 1,00 | 0,0 | 12 |      |   |    |      | * |     | 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'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

|      |   |      |      |       |       |     |      |      |    |      |     |     |   |  |
|------|---|------|------|-------|-------|-----|------|------|----|------|-----|-----|---|--|
| B23  | Qualità e Accreditamento                              | Q01b | > %. | 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 | > %. | 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 | > %. | 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  | > N. | 4,00  | 3,00  | 2,0 | 12   | 2,00 | -1 | -33% | 30% | 3*  | 0,6   | - nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget                   |
|      |   | Q04  | > %  | 1,00  | 2,0   | 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 | > 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

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|            |                        |   |         |       |     |    |       |   |    |      |  |   |     |     |
|------------|------------------------|---|---------|-------|-----|----|-------|---|----|------|--|---|-----|-----|
| <b>C6c</b> | <b>Rischio Clinico</b> | Q10   | > %.    | 90,00 | 2,6 | 12 | 90,00 | 0 | 0% | 100% |  | * | 2,6 | cio |
|            |                        | Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza ;partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato   |         |       |     |    |       |   |    |      |  |   |     | cts |
|            |                        |   |         |       |     |    |       |   |    |      |  |   |     |     |
|            |                        | 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)

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> |
| ZD9 | <b>ZONA DISTRETTO DELL'ELBA</b> | 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)



ZD9EL

## ZONA DISTRETTO ELBA

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

106\_TE00ASO **U.F. ASSISTENZA SOCIALE ELBA (106)****1 - Obiettivi MeS****35,0****26,6****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****21,5****17,7**

|   |  |   |                                  |       |       |            |    |        |     |      |      |   |   |     |   |     |     |
|---|--|---|----------------------------------|-------|-------|------------|----|--------|-----|------|------|---|---|-----|---|-----|-----|
| <b>B20D</b>   | <b>Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT</b> | B20D.1<br>Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione       | < %<br>consuntivo da verificare  | 7,28  | 1,65  | <b>0,0</b> | 12 |        |     |      |      |   |   |     |   |     |     |
| non valutabile in quanto assenza di monitoraggio  |  |   |                                  |       |       |            |    |        |     |      |      |   |   |     |   |     |     |
| <b>B28</b>  | <b>Cure Domiciliari</b>                            | B28.1.2<br>Percentuale di anziani in CD con valutazione   | > %<br>Gen-Ago 2016              | 8,04  | 11,51 | <b>2,2</b> | 12 | 7,54   | -4  | -34% | 30%  | 3 | * | 0,6 |   |     |     |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso AD-RSA  |  |   |                                  |       |       |            |    |        |     |      |      |   |   |     |   |     |     |
|   |  | B28.2.5<br>Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.      | ><br>Gen-Ago 2016                | 10,64 | 12,85 | <b>2,2</b> | 12 | 10,60  | -2  | -18% | 30%  | 3 | * | 0,6 |   |     |     |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso AD-RSA  |  |   |                                  |       |       |            |    |        |     |      |      |   |   |     |   |     |     |
|   |  | B28.2.9<br>Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari                                     | ><br>Gen-Ago 2016                | 49,54 | 44,00 | <b>2,2</b> | 12 | 51,70  | 8   | 17%  | 100% | 2 | * | 2,2 | M |     |     |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso AD-RSA  |  |   |                                  |       |       |            |    |        |     |      |      |   |   |     |   |     |     |
| <b>B28.3</b>  | <b>Assistenza Residenziale</b>                     | B28.3.2.1<br>Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone   | ><br>Gen-Ago 2016                | 74,68 | 95,00 | <b>1,6</b> | 12 | 100,00 | 5   | 5%   | 100% | 5 | * | 1,6 | M |     |     |
|   |  | B28.3.3<br>Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico                                      | ><br>Gen-Ago 2016                | 57,14 | 55,00 | <b>1,6</b> | 12 | 55,13  | 0   | 0%   | 100% | 5 | * | 1,6 |   |     |     |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso AD-RSA   |  |   |                                  |       |       |            |    |        |     |      |      |   |   |     |   |     |     |
| <b>B7</b>   | <b>Copertura vaccinale</b>                         | B7.4<br>Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari  | > N.<br>Dati di zona             | 11,20 | 25,00 | <b>1,1</b> | 12 | 14,29  | -11 | -43% | 42%  | 2 | * | 0,5 | 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 |  |   |                                  |       |       |            |    |        |     |      |      |   |   |     |   |     |     |
| <b>B8</b>   | <b>Gestione Dati</b>                               | B8.1<br>Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale  | > %.<br>consuntivo da verificare |       | 80,00 | <b>0,0</b> | 12 | 61,66  | -18 | -23% | 77%  |   | * | 0,0 |   | cio | cts |
| Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona  |  |   |                                  |       |       |            |    |        |     |      |      |   |   |     |   |     |     |
|   |  | B8.4.1<br>Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA) | > %.<br>consuntivo da verificare | 99,38 | 98,50 | <b>1,1</b> | 12 | 99,46  | 1   | 1%   | 100% |   | * | 1,1 | M | cio | cts |
| 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|  |                      |   |      |  |        |     |    |        |    |     |      |   |     |   |     |
|--|----------------------|---|------|--|--------|-----|----|--------|----|-----|------|---|-----|---|-----|
| <b>B8</b>  | <b>Gestione Dati</b> | B8.4.10<br>Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA | > N. | 80,42<br><i>consuntivo da verificare</i> | 90,00  | 1,1 | 12 | 87,76  | -2 | -2% | 77%  | * | 0,8 | M | cio |
| dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona |                      |   |      |  |        |     |    |        |    |     |      |   |     |   |     |
|  |                      | B8.4.23<br>% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali  | > N. | 100,00                                   | 100,00 | 2,2 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 2,2 |   | cio |
| dati estratti da infoview regionale                          |                      |   |      |  |        |     |    |        |    |     |      |   |     |   |     |
|  |                      | B8.4.24<br>% 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<br>% 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<br>% 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<br>Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)  | > N. | 100,00                                   | 100,00 | 1,1 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 1,1 |   | cio |
| dati estratti da infoview regionale                          |                      |   |      |  |        |     |    |        |    |     |      |   |     |   |     |
|  |                      | B8.4.28<br>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<br>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

10,2

5,7

|   |  |  |      |  |        |     |    |        |    |       |      |   |     |     |     |
|---|--|--|------|--|--------|-----|----|--------|----|-------|------|---|-----|-----|-----|
| <b>C1</b>   | <b>Capacità di governo della domanda</b> | C1.1<br>Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti   | < N. | 139,17<br><i>Gen-Ottobre 2016</i>        | 120,00 | 1,1 | 12 | 134,19 | 14 | 12%   | 56%  | 3 | *   | 0,6 | M   |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso SDO                       |  |  |      |  |        |     |    |        |    |       |      |   |     |     |     |
|   |  | C5.1e<br>Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa        | < N. | 13,15<br><i>consuntivo da verificare</i> | 7,31   | 0,5 | 12 | 10,26  | 3  | 40%   | 49%  | 1 | *   | 0,3 | M   |
| dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI) |  |  |      |  |        |     |    |        |    |       |      |   |     |     |     |
| <b>C14</b>  | <b>Appropriatezza medica</b>             | C14.4<br>% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)                           | < %. | 2,47<br><i>Gen-Sett 2016</i>             | 1,61   | 0,5 | 12 | 1,85   | 0  | 15%   | 100% | 4 | *   | 0,5 | M   |
| dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI) |  |  |      |  |        |     |    |        |    |       |      |   |     |     |     |
| <b>C6c</b>  | <b>Rischio Clinico</b>                   | C6.2.1<br>Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)                            | > %. | 0,00<br><i>consuntivo da verificare</i>  | 3,00   | 0,0 | 12 |        |    |       |      | * |     |     | cio |
|   |  |  |      |  |        |     |    |        |    |       |      |   |     |     |     |
|   |  | C6.2.1a<br>Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo | > %. |  | 3,00   | 2,2 | 12 | 0,00   | -3 | -100% | 0%   | * | 0,0 |     | cio |
|   |  |  |      |  |        |     |    |        |    |       |      |   |     |     |     |
| 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|            |   |   |      |                          |        |     |    |   |   |     |      |    |     |   |     |
|------------|---|---|------|--------------------------|--------|-----|----|---|---|-----|------|----|-----|---|-----|
| <b>C6c</b> | <b>Rischio Clinico</b>                    | C6.2.2<br>Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)     | > N. | 0,00                     | 6,00   | 2,2 | 12 | 7,47  | 1 | 25% | 100% | 5* | 2,2 | M | cio |
|            |   |   |      | consuntivo da verificare |        |     |    | dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO               |   |     |      |    |     |   | cts |
|            |   | C6.7.1<br>Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B) | > N. | 83,00                    | 100,00 | 2,2 | 12 | 100,00  | 0 | 0%  | 100% | 5* | 2,2 | M | cio |
|            |   |   |      | consuntivo da verificare |        |     |    |   |   |     |      |    |     |   | cts |
| <b>C8b</b> | <b>Integrazione Ospedale - Territorio</b> | C8b.2<br>Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti  | < N. | 0,47                     | 0,54   | 1,6 | 12 | 0,83  | 0 | 54% | 0%   | 1* | 0,0 |   | cio |
|            |   |   |      | Gen-Ottobre 2016         |        |     |    | dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso SDO |   |     |      |    |     |   |     |

### 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

|          |                                |   |      |  |        |     |    |  |     |      |      |    |     |   |     |
|----------|--------------------------------|---|------|--|--------|-----|----|--|-----|------|------|----|-----|---|-----|
| <b>E</b> | <b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b> | E1<br>Percentuale di risposta all'indagine di clima | >    |  | 55,00  | 2,2 | 12 | 58,80  | 4   | 7%   | 100% | vr | 2,2 |   |     |
|          |                                |   |      |  |        |     |    | valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale   |     |      |      |    |     |   |     |
|          |                                | E2<br>Percentuale di assenza                        | < %. | 13,99                                    | 11,04  | 0,0 | 12 |  |     |      |      | 0* |     |   | cio |
|          |                                |   |      | Consuntivo 2015 ex asl                   |        |     |    | dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016   |     |      |      |    |     |   | cts |
|          |                                | E3<br>Tasso di infortuni dei dipendenti             | < %. | 796,00                                   | 795,00 | 1,1 | 12 | 713,00   | -82 | -10% | 100% |    | 1,1 | M | cio |
|          |                                |   |      | diminuzione rispetto all'anno precedente |        |     |    | Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live |     |      |      |    |     |   | cts |

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

#### 2 - Obiettivi ECONOMICI

|          |  |  |      |            |            |     |    |   |       |       |      |    |     |   |     |
|----------|--|--|------|------------|------------|-----|----|---|-------|-------|------|----|-----|---|-----|
| <b>F</b> | <b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b> | Euro01<br>Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI                           | < €. | 20,00      | 560,43     | 2,0 | 12 | 0,00  | -560  | -100% | 100% | 3* | 2,0 | M | cio |
|          |  |  |      |            |            |     |    | importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%   |       |       |      |    |     |   | cts |
|          |  | Euro02<br>Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI                                       | < €. | 820.645,74 | 820.645,74 | 8,0 | 12 | 823.279,56  | 2.634 | 0%    | 100% | vr | 8,0 |   |     |
|          |  |  |      |            |            |     |    | neutralizzati maggiori costi dovuti ad indicazione della DG ufficio di direzione del 13/11/2017. scostamento non rilevante  |       |       |      |    |     |   |     |
|          |  | Euro05<br>Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT | <    |            |            | 0,0 | 12 |   |       |       |      |    |     |   |     |
|          |  |  |      |            |            |     |    | 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 | 0,6  | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | 0,6  | 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. |  |  |         |      |      |    |      |   |    |      |      |     |
| B1c7   | Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria  | RT17   | > si/no | 1,00 | 3,2  | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | 3,2  |     |
|  |  | 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   |  |  |         |      | 1,3  |    |      |   |    |      | 1,3  |     |
| P52O16   | Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN   | i-P52O16   | > si/no | 1,00 | 1,3  | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | 1,3  |     |
|  |  | 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  |  |  |         |      | 2,6  |    |      |   |    |      | 2,6  |     |
| 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 | 2,6  | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | 2,6  |     |
|  |  | 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   |  |  |         |      | 0,0  |    |      |   |    |      |      |     |
| 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)   |  |  |         |      |      |    |      |   |    |      |      |     |
| 4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA   |  |  |         |      | 27,2 |    |      |   |    |      | 21,4 |     |
| P26O05   | UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento  | i-P26O05   | > %     | 1,00 | 3,9  | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | 3,9  | 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  |  |  |         |      |      |    |      |   |    |      |      |     |

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|         |  |   |   |   |      |     |    |      |    |       |      |  |     |   |
|---------|--|---|---|---|------|-----|----|------|----|-------|------|--|-----|---|
| 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<br>Ricognizione sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territoriori (definizione entro il 30/09/2017) | > | % | 1,00 | 3,9 | 12 | 0,50 | -1 | -50%  | 50%  |  | 1,9 | 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<br>Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017  | > | % | 1,00 | 3,9 | 12 | 0,00 | -1 | -100% | 0%   |  | 0,0 | 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<br>Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017  | > | % | 1,00 | 0,6 | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% |  | 0,6 | Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018   |
| P26O11  | Progetto POR FSE   | i-P26O11a<br>PON Inclusione Sociale e SIA<br>:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività   | > | % | 1,00 | 3,9 | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% |  | 3,9 | cio   |
|         |  | i-P26O11b<br>Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"<br>:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività  | > | % | 1,00 | 3,2 | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% |  | 3,2 | 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<br>Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016   | > | % | 1,00 | 2,6 | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% |  | 2,6 | cio   |
| P26O13  | Progetto Vita Indipendente ministeriale  | i-P26O13<br>Attuazione/realizzazione progetti e monitoraggio  | > | % | 1,00 | 2,6 | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% |  | 2,6 | cio   |
| P26O14  | Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016  | i-P26O14<br>monitoraggio e rilevazione dati   | > | % | 1,00 | 2,6 | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% |  | 2,6 | cio   |

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

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

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

inviati 3 verbali di riunione di diffusione obiettivi

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|      |   |   |   |       |     |    |       |   |    |      |  |     |     |
|------|---|---|---|-------|-----|----|-------|---|----|------|--|-----|-----|
| B2az | Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az) | 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) |       |     |    |       |   |    |      |  |     | cts |
|      |   | il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra |   |       |     |    |       |   |    |      |  |     |     |
| 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   |   |       |     |    |       |   |    |      |  |     | cts |
|      |   | aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)   |   |       |     |    |       |   |    |      |  |     |     |
|      |   | 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   |   |       |     |    |       |   |    |      |  |     | cts |
|      |   | aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)   |   |       |     |    |       |   |    |      |  |     |     |
|      |   | 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 |
|      |   | non è calcolabile, non elaborato  |   |       |     |    |       |   |    |      |  |     |     |

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

106\_TE00  
ASO

**U.F. ASSISTENZA SOCIALE  
ELBA (106)**

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

106 TE00CON

**U.F. ATTIVITA' CONSULTORIALE ELBA (106)**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

31,0

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,5

5,2

|        |   |   |       |        |        |     |       |        |      |      |      |     |     |     |     |     |     |
|--------|---|---|-------|--------|--------|-----|-------|--------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| B5     | Estensione ed adesione allo screening   | B5.2.1  | > %.  | 101,90 | 100,00 | 1,6 | 12    | 102,60 | 3    | 3%   | 100% | vr  | 5 * | 1,6 | M   | cio |     |
|        |   | Estensione corretta dello screening della cervice uterina   |       |        |        |     |       |        |      |      |      |     |     |     |     |     | cts |
|        |   | consuntivo da verificare<br>dato interno al 2018-08-31 - livello Elba<br>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   | > %.  | 49,64 | 60,00  | 1,6    | 12  | 49,60 | -10    | -17% | 100% | vr   | 5 * | 1,6 |     |     |     |     |
|        |   | dato interno al 2018-08-31 - livello Elba<br>La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture   |       |        |        |     |       |        |      |      |      |     |     |     |     |     |     |
|        |   |   |       |        |        |     |       |        |      |      |      |     |     |     |     |     |     |
| B7     | Copertura vaccinale   | B7.4  | > N.  | 11,20  | 25,00  | 0,5 | 12    | 14,29  | -11  | -43% | 42%  |     | 2 * | 0,2 | M   | cio |     |
|        |   | Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari  |       |        |        |     |       |        |      |      |      |     |     |     |     |     | cts |
|        |   | Dati di zona<br>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  | > %.  |        | 80,00  | 0,0 | 12    | 61,66  | -18  | -23% | 77%  |     | *   | 0,0 |     | cio |     |
|        |   | Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale  |       |        |        |     |       |        |      |      |      |     |     |     |     |     | cts |
|        |   | consuntivo da verificare<br>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  | 1,6    | 12  | 99,46 | 1      | 1%   | 100% |      | *   | 1,6 | M   | cio |     |     |
|        |   | dato estratto da Infoview regionale   |       |        |        |     |       |        |      |      |      |     |     |     |     |     | cts |
|        |   |   |       |        |        |     |       |        |      |      |      |     |     |     |     |     |     |

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,8

23,2

|   |                 |   |                          |        |        |     |      |        |      |     |      |   |     |     |       |
|---|-----------------|---|--------------------------|--------|--------|-----|------|--------|------|-----|------|---|-----|-----|-------|
| C6c                                     | Rischio Clinico | C6.2.1  | > %.                     | 3,00   | 3,00   | 0,0 | 12   |        |      |     |      |   | *   |     | cio   |
|   |                 | Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)                           | consuntivo da verificare |        |        |     |      |        |      |     |      |   |     |     | cts   |
|   |                 |   |                          |        |        |     |      |        |      |     |      |   |     |     |       |
|   |                 | C6.2.1a   | > %.                     | 3,00   | 1,1    | 12  | 2,00 | -1     | -33% | 67% |      | * | 0,7 | 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   | 1,1 | 12   | 7,47   | 1    | 25% | 100% | 5 | *   | 1,1 | M cio |
|   |                 | Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)                             | consuntivo da verificare |        |        |     |      |        |      |     |      |   |     | cts |       |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO |                 |   |                          |        |        |     |      |        |      |     |      |   |     |     |       |
|   |                 | C6.7.1  | > N.                     | 100,00 | 100,00 | 1,1 | 12   | 100,00 | 0    | 0%  | 100% | 5 | *   | 1,1 | cio   |
|   |                 | Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)                         | consuntivo da verificare |        |        |     |      |        |      |     |      |   |     | 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|           |                          |  |      |       |       |     |    |       |     |       |      |     |     |     |
|-----------|--------------------------|--|------|-------|-------|-----|----|-------|-----|-------|------|-----|-----|-----|
| <b>C7</b> | <b>Materno Infantile</b> | C7.16  | > %. | 65,22 | 58,82 | 5,5 | 12 | 80,00 | 21  | 36%   | 100% | 4 * | 5,5 | M   |
|           |                          | Accesso area maternità\ del consultorio di donne straniere                             |      |       |       |     |    |       |     |       |      |     |     |     |
|           |                          |  |      |       |       |     |    |       |     |       |      |     |     |     |
|           |                          | C7.17  | > %. | 4,63  | 4,63  | 6,0 | 12 | 53,85 | 49  | 1063% | 100% | 3 * | 6,0 | M   |
|           |                          | % primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita |      |       |       |     |    |       |     |       |      |     |     |     |
|           |                          |  |      |       |       |     |    |       |     |       |      |     |     |     |
|           |                          | C7.18  | > %. | 39,00 | 63,33 | 6,6 | 12 | 87,57 | 24  | 38%   | 100% | 5 * | 6,6 | M   |
|           |                          | % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum                 |      |       |       |     |    |       |     |       |      |     |     |     |
|           |                          |  |      |       |       |     |    |       |     |       |      |     |     |     |
|           |                          | C7.19.1  | > %. | 43,91 | 51,94 | 5,5 | 12 | 36,01 | -16 | -31%  | 40%  | 4 * | 2,2 | cio |
|           |                          | Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione                            |      |       |       |     |    |       |     |       |      |     |     |     |
|           |                          |  |      |       |       |     |    |       |     |       |      |     |     |     |

|                 |  |   |      |  |      |     |    |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|---|------|--|------|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>C9a-F12b</b> | <b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b> | C9a-F12b                                  | > N. |  | 3,00 | 0,0 | 12 |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  | Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica |      |  |      |     |    |  |  |  |  |  |  |  |
|                 |  |   |      |  |      |     |    |  |  |  |  |  |  |  |

### 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA 2,7 2,7

|          |                                |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |      |     |     |
|----------|--------------------------------|---|------|--------|--------|-----|----|--------|-----|------|------|------|-----|-----|
| <b>E</b> | <b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b> | E1  | >    |        | 55,00  | 1,6 | 12 | 58,80  | 4   | 7%   | 100% | vr * | 1,6 |     |
|          |                                | Percentuale di risposta all'indagine di clima |      |        |        |     |    |        |     |      |      |      |     |     |
|          |                                |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |      |     |     |
|          |                                | E2  | < %. | 13,99  | 11,04  | 0,0 | 12 |        |     |      |      | 0 *  |     | cio |
|          |                                | Percentuale di assenza                        |      |        |        |     |    |        |     |      |      |      |     | cts |
|          |                                |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |      |     |     |
|          |                                | E3  | < %. | 796,00 | 795,00 | 1,1 | 12 | 713,00 | -82 | -10% | 100% | *    | 1,1 | M   |
|          |                                | Tasso di infortuni dei dipendenti             |      |        |        |     |    |        |     |      |      |      |     | cts |
|          |                                |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |      |     |     |

### 2 - Obiettivi ECONOMICI 7,0 7,0

#### 2 - Obiettivi ECONOMICI 7,0 7,0

|          |  |  |      |          |           |     |    |          |         |      |      |     |     |     |
|----------|--|--|------|----------|-----------|-----|----|----------|---------|------|------|-----|-----|-----|
| <b>F</b> | <b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b> | Euro01   | < €. | 1.479,46 | 16.008,79 | 7,0 | 12 | 2.780,06 | -13.229 | -83% | 100% | 3 * | 7,0 | cio |
|          |  | Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI                           |      |          |           |     |    |          |         |      |      |     |     | cts |
|          |  |  |      |          |           |     |    |          |         |      |      |     |     |     |
|          |  | Euro05   | <    |          |           | 0,0 | 12 |          |         |      |      | *   |     |     |
|          |  | Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT |      |          |           |     |    |          |         |      |      |     |     |     |
|          |  |  |      |          |           |     |    |          |         |      |      |     |     |     |

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI 35,0 35,0

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

| 3 - Obiettivi REGIONALI                    |   |  |          |  |       |    |       |     |       |      |     |  | 3,7  | 3,7 |
|--|---|--|----------|--|-------|----|-------|-----|-------|------|-----|--|--|-----|
| B18  | Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo  | RT5  | > si/no  | 1,00   | 1,5   | 12 | 1,00  | 0   | 0%    | 100% | 1,5 |  |  |     |
|  |   | Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale  |          | <i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i> |       |    |       |     |       |      |     |  |  |     |
| B1c1                                       | Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)   | RT1  | > %      | 90,00  | 0,0   | 12 | 50,00 | -40 | -44%  | 56%  | 0,0 |  |  |     |
|  |   | E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)   |          | da aggiornare pre-consuntivo<br>dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale   |       |    |       |     |       |      |     |  |  |     |
|  |   | RT1a   | > %      | 100,00   | 0,0   | 12 | 60,00 | -40 | -40%  | 60%  | 0,0 |  |  |     |
|  |   | E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata ( 1^ semestre)   |          | da aggiornare pre-consuntivo<br>file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera  |       |    |       |     |       |      |     |  |  |     |
|  |   | RT1b   | > %      | 39,77  | 43,75 | 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<br>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   | 2,2   | 12 | 1,00  | 0   | 0%    | 100% | 2,2 |  |  |     |
|  |   | 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  |     |
| P52O16                                     | Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN                  | i-P52O16   | > si/no  | 1,00   | 0,0   | 12 | 0,00  | -1  | -100% | 0%   | 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  |       |    |       |     |       |      |     |  |  |     |
| 4 - Ob Az: CONSULTORIO                     |   |  |          |  | 17,9  |    |       |     |       |      |     |  | 17,9   |     |
| P31O02                                     | Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità   | i-P31O02   | > SI/N O | 1,00   | 8,9   | 12 | 1,00  | 0   | 0%    | 100% | 8,9 |  |  |     |
|  |   | 1)Implementazione buona pratica sul puerperio<br>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   | 8,9   | 12 | 3,00  | 2   | 200%  | 100% | 8,9 |  |  |     |
|  |   | 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 |       |     |       |      |     |  |  |     |
|  |   | % di donne che dichiarano che vengono prenotate direttamente dal personale del consultorio   |          | Obiettivo già valutato nell'RT29   |       |    |       |     |       |      |     |  |  |     |

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

4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA 13,4 13,4

|  |  |          |             |   |      |    |      |   |    |      |   |      |  |
|--|--|----------|-------------|---|------|----|------|---|----|------|---|------|--|
| <b>P31001</b>  | <b>Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori</b> | i-P31001 | > SI/N<br>O | 1,00  | 13,4 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 13,4 |  |
| 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 (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali |      |    |      |   |    |      |   |      |  |

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 | 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 | 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 | 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 | 5/1 13/5 19/07 - 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 | il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra |
| B3az | Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)  | Q02a | > N. | 81,54 | 82,00 | 0,0 | 12 |       |   |    |      | 3 * |     | monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO  |
|      |   |      |      |       |       |     |    |       |   |    |      |     |     | Obiettivo annullato   |
| 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)   |

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

## ZONA DISTRETTO DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|            |                        |  |         |      |     |    |      |   |    |      |  |   |     |     |
|------------|------------------------|--|---------|------|-----|----|------|---|----|------|--|---|-----|-----|
| <b>C6c</b> | <b>Rischio Clinico</b> | 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".

106\_TE00  
CON

**U.F. ATTIVITA'  
CONSULTORIALE ELBA (106)**

Totale pesi

92,0

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

106\_TE00DIS

## U.O.C. CURE PRIMARIE ELBA (106)

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

23,6

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

22,4

15,3

|   |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |     |
|---|--|---|----------------------------------|--------|-------|-----|----|--------|----|------|------|----|-----|--|--|-----|
| <b>B20D</b>   | <b>Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT</b> | B20D.1<br>Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione     | < %<br>consuntivo da verificare  | 7,28   | 1,65  | 0,0 | 12 |        |    |      |      |    |     |  |  |     |
| non valutabile in quanto assenza di monitoraggio            |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |     |
| <b>B22</b>  | <b>Attività Fisica Adattata (AFA)</b>              | B22.1<br>N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni  | > N.<br>Dati di zona             | 1,64   | 2,81  | 2,2 | 12 | 2,02   | -1 | -28% | 82%  | 5* | 1,8 |  |  | M   |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Regione Toscana |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |     |
|   |  | B22.2<br>N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni  | > N.<br>Dati di zona             | 1,90   | 3,32  | 2,2 | 12 | 1,90   | -1 | -43% | 20%  | 2* | 0,4 |  |  | cts |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Regione Toscana |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |     |
| <b>B24</b>  | <b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>           | B24.1<br>% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati) | > %.<br>consuntivo da verificare | 29,61  | 33,82 | 0,5 | 12 | 33,27  | -1 | -2%  | 100% | 3* | 0,5 |  |  | M   |
| <b>B26.1</b>  | <b>Sanità d'Iniziativa</b>                         | B26.1<br>% popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli   | > N.<br>Dati di zona             | 100,00 | 80,00 | 1,6 | 12 | 98,00  | 18 | 22%  | 100% | 5* | 1,6 |  |  |     |
| dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Elba            |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |     |
| <b>B28</b>  | <b>Cure Domiciliari</b>                            | B28.1.2<br>Percentuale di anziani in CD con valutazione   | > %<br>Gen-Ago 2016              | 8,04   | 11,51 | 1,1 | 12 | 7,54   | -4 | -34% | 30%  | 3* | 0,3 |  |  |     |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Flusso AD-RSA   |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |     |
|   |  | B28.2.5<br>Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.    | ><br>Gen-Ago 2016                | 10,64  | 12,85 | 0,5 | 12 | 10,60  | -2 | -18% | 30%  | 3* | 0,2 |  |  |     |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Flusso AD-RSA   |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |     |
|   |  | B28.2.9<br>Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari                                   | ><br>Gen-Ago 2016                | 49,54  | 44,00 | 0,5 | 12 | 51,70  | 8  | 17%  | 100% | 2* | 0,5 |  |  | M   |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Flusso AD-RSA   |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |     |
| <b>B28.3</b>  | <b>Assistenza Residenziale</b>                     | B28.3.2.1<br>Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone   | ><br>Gen-Ago 2016                | 74,68  | 95,00 | 0,5 | 12 | 100,00 | 5  | 5%   | 100% | 5* | 0,5 |  |  | M   |
|   |  | B28.3.3<br>Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico                                    | ><br>Gen-Ago 2016                | 57,14  | 55,00 | 0,5 | 12 | 55,13  | 0  | 0%   | 100% | 5* | 0,5 |  |  |     |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Flusso AD-RSA |  |   |                                  |        |       |     |    |        |    |      |      |    |     |  |  |     |

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

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|  |               |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|--|---------------|---|------|--------|--------|-----|----|--------|----|-----|------|---|-----|-------|
| B8   | Gestione Dati | B8.4.23<br>% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali                        | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,5 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 0,5 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale              |               |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|  |               | B8.4.24<br>% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali                        | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,0 | 12 |        |    |     |      | * |     | cio   |
| Obiettivo n.v. : non pertinente per la struttura |               |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|  |               | B8.4.25<br>% di copertura STS11 ADRSA Residenziali                            | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,5 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 0,5 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale              |               |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|  |               | B8.4.26<br>% di correttezza RFC ADRSA Residenziali                            | > N. |        | 100,00 | 0,0 | 12 |        |    |     |      | * |     | cio   |
| Obiettivo n.v. : non pertinente per la struttura |               |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|  |               | B8.4.27<br>Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)                      | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,5 | 12 | 100,00 | 0  | 0%  | 100% | * | 0,5 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale              |               |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|  |               | B8.4.28<br>Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)                          | > N. | 100,00 | 100,00 | 0,5 | 12 | 101,74 | 2  | 2%  | 100% | * | 0,5 | M cio |
| dati estratti da infoview regionale              |               |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |
|  |               | B8.4.3c<br>Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) | > N. | 102,34 | 80,00  | 0,5 | 12 | 100,85 | 21 | 26% | 100% | * | 0,5 | cio   |
| dati estratti da infoview regionale              |               |   |      |        |        |     |    |        |    |     |      |   |     |       |

### 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,0

6,7

|   |  |   |      |                                   |        |     |    |        |     |      |     |   |     |       |
|---|--|---|------|-----------------------------------|--------|-----|----|--------|-----|------|-----|---|-----|-------|
| C1  | Capacità di governo della domanda          | C1.1<br>Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti  | < N. | 139,17<br>Gen-Ottobre 2016        | 120,00 | 0,2 | 12 | 134,19 | 14  | 12%  | 56% | 3 | 0,1 | M     |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonte Flusso SDO                      |  |   |      |                                   |        |     |    |        |     |      |     |   |     |       |
|   |  | C5.1e<br>Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa | < N. | 13,15<br>consuntivo da verificare | 7,31   | 0,2 | 12 | 10,26  | 3   | 40%  | 49% | 1 | 0,1 | M     |
| dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI) |  |   |      |                                   |        |     |    |        |     |      |     |   |     |       |
| C11a  | Efficacia Assistenziale patologie croniche | C11a.1.2a<br>% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina              | > %. | 70,83<br>consuntivo da verificare | 70,80  | 0,3 | 12 | 70,24  | -1  | -1%  | 40% | 4 | 0,1 | cio   |
|   |  | C11a.1.2b<br>% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio        | > %. | 51,57<br>consuntivo da verificare | 57,90  | 0,3 | 12 | 53,89  | -4  | -7%  | 77% | 4 | 0,2 | M cio |
|   |  | C11a.1.3<br>% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani                 | > %  | 55,26<br>consuntivo da verificare | 58,80  | 0,3 | 12 | 48,93  | -10 | -17% | 40% | 4 | 0,1 |       |
|   |  | C11a.1.4<br>% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante                          | > %  | 49,53<br>consuntivo da verificare | 56,70  | 0,3 | 12 | 49,38  | -7  | -13% | 40% | 4 | 0,1 |       |

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|           |  |   |      |                          |        |   |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|-----------|--|---|------|--------------------------|--------|---|----|--------|-----|------|------|------|-----|---|-----|
| C11a      | Efficacia Assistenziale patologie croniche | C11a.2.2  | > %. | 63,27                    | 67,00  | 0,3   | 12 | 67,79  | 1   | 1%   | 100% | 4 *  | 0,3 | M | cio |
|           |  | % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata   |      | consuntivo da verificare |        |   |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|           |  | C11a.2.3  | >    | 40,13                    | 43,70  | 0,3   | 12 | 39,68  | -4  | -9%  | 40%  | 4 *  | 0,1 |   |     |
|           |  | Residenti con Diabete con almeno un esame della retina  |      | consuntivo da verificare |        |   |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
| C11a.5.1  |  | C11a.5.1  | > %  | 63,95                    | 67,10  | 0,3   | 12 | 56,79  | -10 | -15% | 30%  | 3 *  | 0,1 |   |     |
|           |  | % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.   |      | consuntivo da verificare |        |   |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|           |  |   |      |                          |        |   |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
| C13       | Appropriatezza diagnostica                 | C13.2   | < N. | 557,50                   | 583,73 | 0,3   | 12 | 560,70 | -23 | -4%  | 100% | -1 * | 0,3 |   |     |
|           |  | Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini  |      | Gen-Ottobre 2016         |        | dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso SPA                       |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|           |  | C13.2.2.1   | < %. | 10,24                    | 10,25  | 0,3   | 12 | 9,94   | 0   | -3%  | 100% | 5 *  | 0,3 | M |     |
|           |  | Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)  |      | Gen-Ottobre 2016         |        | dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso SPA                       |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
| C13.2.2.2 |  | C13.2.2.2   | < %. | 12,88                    | 7,62   | 0,3   | 12 | 8,40   | 1   | 10%  | 100% | 3 *  | 0,3 | M |     |
|           |  | % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi   |      | consuntivo da verificare |        | dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso SPA                       |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|           |  |   |      |                          |        |   |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
| C14       | Appropriatezza medica                      | C14.4   | < %. | 2,47                     | 1,61   | 0,2   | 12 | 1,85   | 0   | 15%  | 100% | 4 *  | 0,2 | M | cio |
|           |  | % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)   |      | Gen-Sett 2016            |        | dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI) |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|           |  |   |      |                          |        |   |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
| C28       | Cure Palliative                            | C28.1   | > %  | 38,52                    | 60,00  | 1,1   | 12 | 31,71  | -28 | -47% | 0%   | 1 *  | 0,0 |   |     |
|           |  | Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti   |      |                          |        | dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Elba                            |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|           |  | C28.2   | > %  | 100,00                   | 90,00  | 1,1   | 12 | 100,00 | 10  | 11%  | 100% | -1 * | 1,1 |   |     |
|           |  | Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni |      |                          |        | dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Elba                            |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
| C28.3     |  | C28.3   | < %  | 7,83                     | 25,00  | 1,1   | 12 | 33,33  | 8   | 33%  | 0%   | -1 * | 0,0 |   |     |
|           |  | Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni                                    |      |                          |        | dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Elba                            |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|           |  |   |      |                          |        |   |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
| C6c       | Rischio Clinico                            | C6.2.1  | > %. | 0,00                     | 3,00   | 0,0   | 12 |        |     |      |      | *    |     |   | cio |
|           |  | Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)   |      | consuntivo da verificare |        |   |    |        |     |      |      |      |     |   |     |
|           |  | C6.2.1a   | > %. |                          | 3,00   | 1,1   | 12 | 2,00   | -1  | -33% | 67%  | *    | 0,7 |   | cio |
|           |  | Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo                         |      | 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|                 |  |   |      |                                    |        |     |    |   |   |      |      |    |     |   |     |
|-----------------|--|---|------|------------------------------------|--------|-----|----|---|---|------|------|----|-----|---|-----|
| <b>C6c</b>      | <b>Rischio Clinico</b>                           | C6.2.2<br>Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)                         | > N. | 0,00                               | 6,00   | 0,5 | 12 | 7,47  | 1 | 25%  | 100% | 5* | 0,5 | M | cio |
|                 |  |   |      | consuntivo da verificare           |        |     |    | dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO   |   |      |      |    |     |   | cts |
|                 |  | C6.7.1<br>Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)                     | > N. | 100,00                             | 100,00 | 0,5 | 12 | 100,00  | 0 | 0%   | 100% | 5* | 0,5 |   | cio |
|                 |  |   |      | consuntivo da verificare           |        |     |    |   |   |      |      |    |     |   | cts |
| <b>C7</b>       | <b>Materno Infantile</b>                         | C7.7R<br>Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario | < %. | 6,78                               | 4,50   | 0,3 | 12 | 5,24  | 1 | 16%  | 88%  | 2* | 0,3 | M |     |
|                 |  |   |      | Gen-Agosto 2016                    |        |     |    | dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Elba  |   |      |      |    |     |   |     |
| <b>C8b</b>      | <b>Integrazione Ospedale - Territorio</b>        | C8b.2<br>Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti                      | < N. | 0,47                               | 0,54   | 0,3 | 12 | 0,83  | 0 | 54%  | 0%   | 1* | 0,0 |   | cio |
|                 |  |   |      | Gen-Ottobre 2016                   |        |     |    | dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso SDO   |   |      |      |    |     |   |     |
| <b>C9a-F12b</b> | <b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b> | C9a-F12b<br>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica   | > N. |                                    | 3,00   | 1,1 | 12 | 2,61  | 0 | -13% | 87%  |    | 0,9 |   |     |
|                 |  |   |      | da definire preconsuntivo e budget |        |     |    | valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Elba |   |      |      |    |     |   |     |

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

|          |                                |   |      |  |        |     |    |  |     |      |      |    |     |   |     |
|----------|--------------------------------|---|------|--|--------|-----|----|--|-----|------|------|----|-----|---|-----|
| <b>E</b> | <b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b> | E1<br>Percentuale di risposta all'indagine di clima | >    |  | 55,00  | 1,1 | 12 | 58,80  | 4   | 7%   | 100% | vr | 1,1 |   |     |
|          |                                |   |      |  |        |     |    | valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale   |     |      |      |    |     |   |     |
|          |                                | E2<br>Percentuale di assenza                        | < %. | 13,99                                    | 11,04  | 0,0 | 12 |  |     |      |      | 0* |     |   | cio |
|          |                                |   |      | Consuntivo 2015 ex asl                   |        |     |    | dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016   |     |      |      |    |     |   | cts |
|          |                                | E3<br>Tasso di infortuni dei dipendenti             | < %. | 796,00                                   | 795,00 | 0,5 | 12 | 713,00   | -82 | -10% | 100% |    | 0,5 | M | cio |
|          |                                |   |      | diminuzione rispetto all'anno precedente |        |     |    | Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live |     |      |      |    |     |   | cts |

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

|          |  |  |      |   |            |     |    |  |       |    |     |    |    |     |     |
|----------|--|--|------|---|------------|-----|----|--|-------|----|-----|----|----|-----|-----|
| <b>F</b> | <b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b> | Euro01<br>Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI | < €. | 187.636,18  | 185.759,82 | 2,0 | 12 | 193.772,79   | 8.013 | 4% | 75% | vr | 3* | 1,5 | cio |
|          |  |  |      | importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1% |            |     |    | scostamento relativamente significativo  |       |    |     |    |    |     | cts |
|          |  | Euro02<br>Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI             | < €. |   |            | 8,0 | 12 |  |       |    |     |    |    |     |     |
|          |  |  |      | importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1% |            |     |    | obiettivo non pertinente in quanto sulla zona esiste ospedale di comunità a gestione diretta |       |    |     |    |    |     |     |

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

|   |   |  |   |              |              |     |    |              |         |    |     |                          |     |   |
|---|---|--|---|--------------|--------------|-----|----|--------------|---------|----|-----|--------------------------|-----|---|
| E | Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa | Euro05   | <   | 6.827.596,13 | 6.201.528,30 | 5.0 | 12 | 6.379.873,80 | 178.346 | 3% | 72% | <input type="checkbox"/> | 3.6 | 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 % |              |              |     |    |              |         |    |     |                          |     |   |

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

31,3

## 3 - Obiettivi REGIONALI

8,4

7,0

|            |   |   |   |       |      |     |    |      |   |    |      |                          |     |
|------------|---|---|---|-------|------|-----|----|------|---|----|------|--------------------------|-----|
| <b>B18</b> | <b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b> | RT5   | >   | si/no | 1,00 | 0.6 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | <input type="checkbox"/> | 0.6 |
|            |   | Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale | <i>"Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa."</i> |       |      |     |    |      |   |    |      |                          |     |

|             |  |   |   |   |       |     |    |       |     |      |     |                          |     |
|-------------|--|---|---|---|-------|-----|----|-------|-----|------|-----|--------------------------|-----|
| <b>B1c1</b> | <b>Perseguimento delle Strategie regionali:</b><br><b>Informatizzazione (az)</b> | RT1<br>E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre) | > | % | 90,00 | 0.6 | 12 | 50,00 | -40 | -44% | 56% | <input type="checkbox"/> | 0.4 |
|             |  | da aggiornare pre-consuntivo<br>dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale  |   |   |       |     |    |       |     |      |     |                          |     |

|  |   |   |                              |     |   |       |     |      |     |                          |     |
|--|---|---|------------------------------|-----|---|-------|-----|------|-----|--------------------------|-----|
| RT1a   | > | % | 100,00                       | 1,3 | 12  | 60,00 | -40 | -40% | 60% | <input type="checkbox"/> | 0,8 |
| 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  | 0.6 | 12 | 51.46 | 8 | 18% | 100% | <input type="checkbox"/> | 0.6 | 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

|             |   |   |   |       |      |     |    |      |    |      |     |                          |     |
|-------------|---|---|---|-------|------|-----|----|------|----|------|-----|--------------------------|-----|
| <b>B1c3</b> | <b>Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa</b> | RT12<br>Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG  | > | si/no | 1,00 | 0.6 | 12 | 0.25 | -1 | -75% | 25% | <input type="checkbox"/> | 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  | > | si/no | 1,00   | 0.6 | 12 | 0.75 | 0 | -25% | 75% | <input type="checkbox"/> | 0.5 |
| 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) |   |       | 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 |     |    |      |   |      |     |                          |     |

|  |         |      |     |    |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---------|------|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 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) |         |      |     |    |  |  |  |  |  |  |  |

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

## ZONA DISTRETTO DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|   |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
|---|--|----------|---------|------|-------------|----|------|----|-------|------|---|-------------|
| <b>B1c3</b>   | <b>Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa</b>  | RT15     | > si/no | 1,00 | 0,6         | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% | * | 0,6         |
| Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0<br><i>CUP 2.0 avviato, solo Pisa non è partita, per valutazione aziendale</i>  |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
| <b>B1c6</b>   | <b>Perseguimento delle Strategie regionali: Continuità Assistenziale</b>   | 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<br><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>                 |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
| <b>B1c7</b>   | <b>Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria</b>   | RT17     | > si/no | 1,00 | 1,3         | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% | * | 1,3         |
| Attuazione della Libera scelta in RSA<br><i>Le zone hanno iniziato nel 2016 un lavoro propedeutico all'attivazione della DRG 995 del 2016, per la messa a regime nel 2017</i>   |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
| <b>RT35</b>   | <b>Perseguimento delle Strategie regionali: Riorganizzazione</b>   | RT35a    | > si/no | 1,00 | 0,6         | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% | * | 0,6         |
| Predisposizione piano operativo 2017/2018 per la programmazione di ogni zona e società della salute<br><i>Piani Programmazione Operativa Annuale (POA)</i>  |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
|   |  | RT35b    | > si/no | 1,00 | 0,6         | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% | * | 0,6         |
| 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<br><i>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</i> |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
| <b>4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI</b>   |  |          |         |      | <b>0,0</b>  |    |      |    |       |      |   | <b>0,0</b>  |
| <b>P52016</b>   | <b>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN</b>  | i-P52016 | > si/no | 1,00 | 0,0         | 12 | 0,00 | -1 | -100% | 0%   | * | 0,0         |
| Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN<br><i>obiettivo non valutabile: non pertinente per la struttura non avendo servizi da liquidare</i>  |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
| <b>P52028</b>   | <b>Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali</b>   | i-P52028 | > si/no | 1,00 | 0,0         | 12 |      |    |       |      | * |             |
| Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta<br><i>non valutabile in quanto assenza di monitoraggio</i>   |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
| <b>4 - Ob Az: CDG</b>   |  |          |         |      | <b>2,6</b>  |    |      |    |       |      |   | <b>2,6</b>  |
| <b>P29006</b>   | <b>Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi</b>                                    | i-P29006 | > si/no | 1,00 | 2,6         | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% | * | 2,6         |
| Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)<br><i>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,</i>  |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
| <b>4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE</b>   |  |          |         |      | <b>1,9</b>  |    |      |    |       |      |   | <b>1,9</b>  |
| <b>P27004</b>   | <b>ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio</b> | i-P27004 | > si/no | 1,00 | 0,0         | 12 |      |    |       |      | * |             |
| Stesura del progetto entro 31/12/2017<br><i>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)</i>   |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
| <b>P27010</b>   | <b>Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA</b>   | i-P27010 | > si/no | 1,00 | 1,9         | 12 | 1,00 | 0  | 0%    | 100% | * | 1,9         |
| Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA<br><i>procedura inviata da A. Gioia</i>  |  |          |         |      |             |    |      |    |       |      |   |             |
| <b>4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA</b>   |  |          |         |      | <b>16,2</b> |    |      |    |       |      |   | <b>13,9</b> |

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

|         |  |           |   |   |   |     |    |      |     |       |      |               |     |      |               |     |  |
|---------|--|-----------|---|---|---|-----|----|------|-----|-------|------|---------------|-----|------|---------------|-----|--|
| P26O05  | UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento  | i-P26O05  | > | % | 1,00  | 1,9 | 12 | 1,00 | 0   | 0%    | 100% | <div></div> * | 1,9 |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   | 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 autosuffieinte " 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 |      |     |       |      | <div></div> * |     |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   | 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 |      |     |       |      | <div></div> * |     |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   | 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  | 1,9 | 12 | 0,50 | -1  | -50%  | 50%  | <div></div> * | 1,0 |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   | Ricognizione sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territoriori (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  | 1,3 | 12 | 0,00 | -1  | -100% | 0%   | <div></div> * | 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  | 1,9 | 12 | 1,00 | 0   | 0%    | 100% | <div></div> * | 1,9 |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   | 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 autosuffieinte " certificato il 30.01.2018  |     |    |      |     |       |      |               |     |      |               |     |  |
| P26O11  | Progetto POR FSE   | i-P26O11b | > | % | 1,00  | 2,6 | 12 | 1,00 | 0   | 0%    | 100% | <div></div> * | 2,6 |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   | Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"<br>:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività   |     |    |      |     |       |      |               |     |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   |   |     |    |      |     |       |      |               |     |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   | i-P26O11c   | >   | %  | 1,00 | 2,6 | 12    | 1,00 | 0             | 0%  | 100% | <div></div> * | 2,6 |  |
|         |  |           |   |   | Progettazione POR FSE su inseirmento 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  | 1,3 | 12 | 1,00 | 0   | 0%    | 100% | <div></div> * | 1,3 |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   | Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016   |     |    |      |     |       |      |               |     |      |               |     |  |
| P26O13  | Progetto Vita Indipendente ministeriale  | i-P26O13  | > | % | 1,00  | 1,3 | 12 | 1,00 | 0   | 0%    | 100% | <div></div> * | 1,3 |      |               |     |  |
|         |  |           |   |   | Attuazione/realizzazione progetti e monitoraagio  |     |    |      |     |       |      |               |     |      |               |     |  |

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|        |   |   |     |      |     |    |      |   |    |      |   |     |     |
|--------|---|---|-----|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|-----|
| P26O14 | Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016 | i-P26O14<br>monitoraggio e rilevazione dati | > % | 1,00 | 1,3 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 1,3 | cio |
|--------|---|---|-----|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|-----|

### 4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE 5,8 5,8

|        |  |  |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |  |
|--------|--|--|---------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|--|
| P28O01 | Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni | i-P28O01<br>Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03/2016 | > si/no | 1,00 | 1,9 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 1,9 |  |
|--------|--|--|---------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|--|

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<br>Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 giugno 2016 | > si/no | 1,00 | 1,9 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 1,9 |  |
|--------|---|--|---------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|--|

Inviato materiale aggiornato

|        |  |  |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |  |
|--------|--|--|---------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|--|
| P28O03 | Proseguire nei progetti di case della salute | i-P28O03<br>Monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento del progetto | > si/no | 1,00 | 1,9 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 1,9 |  |
|--------|--|--|---------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|--|

Monitoraggio su stato avanzamento realizzato

|        |   |   |         |      |     |    |  |  |  |  |   |  |  |
|--------|---|---|---------|------|-----|----|--|--|--|--|---|--|--|
| P28O04 | Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto | i-P28O04<br>Applicazione del progetto specifico entro il 31/12/2017 | > si/no | 1,00 | 0,0 | 12 |  |  |  |  | * |  |  |
|--------|---|---|---------|------|-----|----|--|--|--|--|---|--|--|

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<br>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 | cio<br>cts |
|-----|--------------------------|--|------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|------------|

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<br>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 | cio<br>cts |
|--|--|---|------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|------------|

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<br>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 | cio<br>cts |
|--|--|---|------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|------------|

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<br>COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate) | > N. | 3,00 | 3,00 | 2,0 | 12 | 0,00 | -3 | -100% | 30% | 3 | * | 0,6 | cio<br>cts |
|------|---|--|------|------|------|-----|----|------|----|-------|-----|---|---|-----|------------|

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

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

## ZONA DISTRETTO DELL'ELBA

| Consuntivo<br>2016 | Budget *<br>2017 | Pesi | Mese | Consuntivo<br>2017 | Scost.<br>% | Scost. |
|--------------------|------------------|------|------|--------------------|-------------|--------|
|--------------------|------------------|------|------|--------------------|-------------|--------|

Valutazione 2017

|      |   |  |   |       |       |       |     |    |       |   |    |      |   |     |   |
|------|---|--|---|-------|-------|-------|-----|----|-------|---|----|------|---|-----|---|
| B2az | Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az) | Q04<br>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<br>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<br>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)   |
|      |   | Q11<br>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<br>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 40 di 61



|                 |  | <u>Pesi</u> |           | <u>Valutazione</u> |           |
|-----------------|--|-------------|-----------|--------------------|-----------|
|                 |  | <u>p1</u>   | <u>P2</u> | <u>p1</u>          | <u>P2</u> |
| 106_TE00<br>DIS | <b>U.O.C. CURE PRIMARIE ELBA<br/>(106)</b> | 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

106\_TE00SAZ **SUPPORTO AMMINISTRATIVO ZONA ELBA****1 - Obiettivi MeS****9,9****9,9****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****4,9****4,9**

|            |  |  |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            |     |
|------------|--|--|------|------|------------|----|--|--|--|------|----|---|------------|-----|
| <b>B24</b> | <b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b> | B24.1  | > %. | 1,00 | <b>3,0</b> | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | <b>3,0</b> |     |
|            |  | % Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)   |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            |     |
| <b>B8</b>  | <b>Gestione Dati</b>                     | B8.4.1   | > %. | 1,00 | <b>0,2</b> | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | <b>0,2</b> | cio |
|            |  | Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)  |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            | cts |
|            |  | B8.4.10  | > N. | 1,00 | <b>0,2</b> | 12 |  |  |  | 77%  | vr | * | <b>0,2</b> | 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 | <b>0,2</b> | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | <b>0,2</b> | cio |
|            |  | % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali  |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            |     |
|            |  | B8.4.24  | > N. | 1,00 | <b>0,2</b> | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | <b>0,2</b> | cio |
|            |  | % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali  |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            |     |
|            |  | B8.4.25  | > N. | 1,00 | <b>0,2</b> | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | <b>0,2</b> | cio |
|            |  | % di copertura STS11 ADRSA Residenziali  |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            |     |
|            |  | B8.4.26  | > N. | 1,00 | <b>0,3</b> | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | <b>0,3</b> | cio |
|            |  | % di correttezza RFC ADRSA Residenziali  |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            |     |
|            |  | B8.4.27  | > N. | 1,00 | <b>0,2</b> | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | <b>0,2</b> | cio |
|            |  | Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)  |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            |     |
|            |  | B8.4.28  | > N. | 1,00 | <b>0,2</b> | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | <b>0,2</b> | cio |
|            |  | Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)  |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            |     |
|            |  | B8.4.3c  | > N. | 1,00 | <b>0,2</b> | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | <b>0,2</b> | cio |
|            |  | Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)   |      |      |            |    |  |  |  |      |    |   |            |     |

**1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA****5,0****5,0**

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

|          |                                |   |   |      |     |    |  |  |  |      |    |   |     |
|----------|--------------------------------|---|---|------|-----|----|--|--|--|------|----|---|-----|
| <b>E</b> | <b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b> | E1  | > | 1,00 | 5,0 | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | 5,0 |
|          |                                | Percentuale di risposta all'indagine di clima |   |      |     |    |  |  |  |      |    |   |     |

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**

90,0

90,0

**3 - Obiettivi REGIONALI**

20,0

20,0

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

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

25,0

25,0

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

**4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA**

45,0

45,0

|               |  |   |     |      |      |    |  |  |  |      |    |   |      |     |
|---------------|--|---|-----|------|------|----|--|--|--|------|----|---|------|-----|
| <b>P26O11</b> | <b>Progetto POR FSE</b>  | i-P26O11a   | > % | 1,00 | 5,0  | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | 5,0  | cio |
|               |  | PON Inclusion Sociale e SIA<br>:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività   |     |      |      |    |  |  |  |      |    |   |      |     |
|               |  | i-P26O11b   | > % | 1,00 | 5,0  | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | 5,0  | cio |
|               |  | Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"<br>:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività |     |      |      |    |  |  |  |      |    |   |      |     |
|               |  | i-P26O11c   | > % | 1,00 | 5,0  | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | 5,0  | cio |
|               |  | Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità   |     |      |      |    |  |  |  |      |    |   |      |     |
| <b>P26O12</b> | <b>Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare</b> | i-P26O12  | > % | 1,00 | 15,0 | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | 15,0 | cio |
|               |  | Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016   |     |      |      |    |  |  |  |      |    |   |      |     |
| <b>P26O14</b> | <b>Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016</b>   | i-P26O14  | > % | 1,00 | 15,0 | 12 |  |  |  | 100% | vr | * | 15,0 | cio |
|               |  | monitoraggio e rilevazione dati   |     |      |      |    |  |  |  |      |    |   |      |     |

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

**ZONA DISTRETTO DELL'ELBA**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017**

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

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

106\_TE00  
SAZ

**SUPPORTO AMMINISTRATIVO  
ZONA ELBA**

Totale pesì

99,9

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

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

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

UO/UF

106\_TE00SMA

**U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA ELBA (106)**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

27,8

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,4

6,8

|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|-----------|----------------------------|---|------|--------|--------|-----|----|--------|-----|------|------|----|-----|---|-----|
| <b>B7</b> | <b>Copertura vaccinale</b> | B7.4<br>Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari  | > N. | 11,20  | 25,00  | 1,1 | 12 | 14,29  | -11 | -43% | 42%  | 2* | 0,4 | M | cio |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   | cts |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
| <b>B8</b> | <b>Gestione Dati</b>       | B8.1<br>Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale  | > %. |        | 80,00  | 0,0 | 12 | 61,66  | -18 | -23% | 77%  |    | 0,0 |   | cio |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   | cts |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|           |                            | B8.4.1<br>Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA) | > %. | 99,38  | 98,50  | 2,1 | 12 | 99,46  | 1   | 1%   | 100% |    | 2,1 | M | cio |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   | cts |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|           |                            | B8.4.23<br>% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali  | > N. | 100,00 | 100,00 | 1,1 | 12 | 100,00 | 0   | 0%   | 100% |    | 1,1 |   | cio |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|           |                            | B8.4.25<br>% di copertura STS11 ADRSA Residenziali  | > N. | 100,00 | 100,00 | 1,1 | 12 | 100,00 | 0   | 0%   | 100% |    | 1,1 |   | cio |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|           |                            | B8.4.27<br>Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)  | > N. | 100,00 | 100,00 | 1,1 | 12 | 100,00 | 0   | 0%   | 100% |    | 1,1 |   | cio |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|           |                            |   |      |        |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|           |                            | B8.4.28<br>Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)  | > N. | 100,00 | 100,00 | 1,1 | 12 | 101,74 | 2   | 2%   | 100% |    | 1,1 | M | cio |

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,4

17,8

|   |                |       |   |   |    |        |        |     |    |        |   |     |      |    |     |   |
|---|----------------|-------|---|---|----|--------|--------|-----|----|--------|---|-----|------|----|-----|---|
| C15   | Salute Mentale | C15.1 | Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attivita' domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni               | > | %. | 210,34 | 152,11 | 3,2 | 12 | 156,11 | 4 | 3%  | 100% | -1 | 3,2 |   |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso Salm  |                |       |   |   |    |        |        |     |    |        |   |     |      |    |     |   |
|   |                |       |   |   |    |        |        |     |    |        |   |     |      |    |     |   |
|   |                | C15.2 | Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero | > | %. | 41,67  | 54,50  | 3,2 | 12 | 58,33  | 4 | 7%  | 100% | 3  | 3,2 | M |
| Gen-Agosto 2016   |                |       |   |   |    |        |        |     |    |        |   |     |      |    |     |   |
| dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteSistema Informativo Regionale Flussi SDO e SISM - RFC160 |                |       |   |   |    |        |        |     |    |        |   |     |      |    |     |   |
|   |                |       |   |   |    |        |        |     |    |        |   |     |      |    |     |   |
|   |                | C15.8 | Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche   | < |    | -1,71  | -1,71  | 3,2 | 12 | -2,16  | 0 | 26% | 100% | -1 | 3,2 | M |
| dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)                         |                |       |   |   |    |        |        |     |    |        |   |     |      |    |     |   |

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|                 |  |  |      |                                    |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |
|-----------------|--|--|------|------------------------------------|--------|-----|----|--------|-----|------|------|----|-----|---|
| <b>C15</b>      | <b>Salute Mentale</b>                            | C8a.13.2<br>Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche                      | < %  | 3,95                               | 4,40   | 3,2 | 12 | 4,23   | 0   | -4%  | 100% | 5* | 3,2 |   |
|                 |  |  |      | Gen-Ottobre 2016                   |        |     |    |        |     |      |      |    |     | dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Elbano Portoferraio (LI)                     |
|                 |  | C8a.13a<br>Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche                    | < %  | 6,17                               | 4,29   | 3,2 | 12 | 6,82   | 3   | 59%  | 0%   | 1* | 0,0 |   |
|                 |  |  |      | Gen-Ottobre 2016                   |        |     |    |        |     |      |      |    |     | dato MeS al 2018-05-08, livello Elba, fonteFlusso SDO   |
|                 |  | C8a.5<br>Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni             | <    | 315,93                             | 250,48 | 3,2 | 12 | 354,93 | 104 | 42%  | 0%   | 0* | 0,0 |   |
| <b>C6c</b>      | <b>Rischio Clinico</b>                           | C6.2.1<br>Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)                            | > %. | 4,00                               | 3,00   | 0,0 | 12 |        |     |      |      |    |     | cio<br>cts  |
|                 |  |  |      | consuntivo da verificare           |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |
|                 |  | C6.2.1a<br>Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo | > %. |                                    | 3,00   | 1,1 | 12 | 3,00   | 0   | 0%   | 100% |    | 1,1 | cio<br>cts  |
|                 |  |  |      | consuntivo da verificare           |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |
|                 |  |  |      |                                    |        |     |    |        |     |      |      |    |     | Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale   |
|                 |  | C6.2.2<br>Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)                              | > N. | 6,00                               | 6,00   | 1,1 | 12 | 7,47   | 1   | 25%  | 100% | 5* | 1,1 | M<br>cio<br>cts   |
|                 |  |  |      | consuntivo da verificare           |        |     |    |        |     |      |      |    |     | dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO   |
|                 |  | C6.7.1<br>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<br>cts  |
|                 |  |  |      | consuntivo da verificare           |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |
| <b>C9a-F12b</b> | <b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b> | C9a-F12b<br>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica  | > N. |                                    | 3,00   | 2,1 | 12 | 2,61   | 0   | -13% | 87%  |    | 1,8 |   |
|                 |  |  |      | da definire preconsuntivo e budget |        |     |    |        |     |      |      |    |     | valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Elba |

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

|          |                                |   |      |  |        |     |    |        |     |      |      |     |     |  |
|----------|--------------------------------|---|------|--|--------|-----|----|--------|-----|------|------|-----|-----|--|
| <b>E</b> | <b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b> | E1<br>Percentuale di risposta all'indagine di clima | >    |  | 55,00  | 2,1 | 12 | 58,80  | 4   | 7%   | 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<br>Percentuale di assenza                        | < %. | 13,99                                    | 11,04  | 0,0 | 12 |        |     |      |      | 0*  |     | cio<br>cts   |
|          |                                |   |      | 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<br>Tasso di infortuni dei dipendenti             | < %. | 796,00                                   | 795,00 | 1,1 | 12 | 713,00 | -82 | -10% | 100% |     | 1,1 | M<br>cio<br>cts  |
|          |                                |   |      | diminuzione rispetto all'anno precedente |        |     |    |        |     |      |      |     |     | Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live |

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|          |  |  |      |            |            |     |    |            |        |      |      |     |     |     |     |
|----------|--|--|------|------------|------------|-----|----|------------|--------|------|------|-----|-----|-----|-----|
| <b>E</b> | <b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b> | Euro01<br>Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI                           | < €. | 8.672,61   | 4.957,72   | 2,0 | 12 | 4.035,32   | -922   | -19% | 100% | 3 * | 2,0 | M   | cio |
|          |  |  |      |            |            |     |    |            |        |      |      |     |     | cts |     |
|          |  | Euro02<br>Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI                                       | < €. | 889.887,92 | 889.887,92 | 8,0 | 12 | 883.662,60 | -6.225 | -1%  | 100% |     | 8,0 | M   |     |
|          |  |  |      |            |            |     |    |            |        |      |      |     |     |     |     |
|          |  | Euro05<br>Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT | <    |            |            | 0,0 | 12 |            |        |      |      |     |     |     |     |
|          |  |  |      |            |            |     |    |            |        |      |      |     |     |     |     |

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

|  |   |   |         |       |        |     |    |       |     |      |      |  |   |     |   |
|--|---|---|---------|-------|--------|-----|----|-------|-----|------|------|--|---|-----|---|
| B18  | Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo                              | RT5<br>Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale  | > si/no |       | 1,00   | 0,7 | 12 | 1,00  | 0   | 0%   | 100% |  | * | 0,7 |   |
| <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<br>E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)   | > %     | 50,00 | 90,00  | 1,4 | 12 | 50,00 | -40 | -44% | 0%   |  | * | 0,0 |   |
| <i>dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale</i>  |   |   |         |       |        |     |    |       |     |      |      |  |   |     |   |
|  |   | RT1a<br>E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata ( 1^ semestre)  | > %     |       | 100,00 | 1,4 | 12 | 60,00 | -40 | -40% | 60%  |  | * | 0,8 |   |
| <i>file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera</i>   |   |   |         |       |        |     |    |       |     |      |      |  |   |     |   |
|  |   | RT1b<br>E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente ( 1^ semestre)   | > %     | 39,77 | 43,75  | 1,4 | 12 | 51,46 | 8   | 18%  | 100% |  | * | 1,4 | M |
| <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<br>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   | 2,7 | 12 | 1,00  | 0   | 0%   | 100% |  | * | 2,7 |   |

### 4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

4,1 4,1

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|                 |   |   |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
|-----------------|---|---|---------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|
| P49O08          | <u>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</u> | i-P49O08<br>Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno | > si/no | 1,00 | 0,0 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 0,0 |
| relazione Ferri |   |   |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |

|  |   |  |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
|--|---|--|---------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|
| P52O16   | <u>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN</u> | i-P52O16<br>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN | > si/no | 1,00 | 4,1 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 4,1 |
| la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an. |   |  |         |      |     |    |      |   |    |      |   |     |

|        |  |  |         |      |     |    |  |  |  |  |   |  |
|--------|--|--|---------|------|-----|----|--|--|--|--|---|--|
| P52O28 | <u>Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali</u> | i-P52O28<br>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 |  |  |  |  | 0,7 |  |  |  |  |  |  | 0,7 |
|--------------------------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|-----|

|        |                         |  |     |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
|--------|-------------------------|--|-----|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|
| P26O11 | <u>Progetto POR FSE</u> | i-P26O11c<br>Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità | > % | 1,00 | 0,7 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 0,7 |
|--------|-------------------------|--|-----|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|

cio

|                           |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |
|---------------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|
| 4 - Ob Az: SALUTE MENTALE |  |  |  |  | 22,6 |  |  |  |  |  |  | 11,0 |
|---------------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|

|   |  |   |   |      |     |    |      |    |       |    |   |     |
|---|--|---|---|------|-----|----|------|----|-------|----|---|-----|
| P24O02  | <u>Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI</u> | i-P24O02<br>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 compartecipazi | > si/no<br>Direttori DP, Professioni sanitarie ADULTI | 1,00 | 6,2 | 12 | 0,00 | -1 | -100% | 0% | * | 0,0 |
| 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 | <u>Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione</u> | i-P24O05<br>Incontri periodici con le AFT | > N.<br>Dip. Farmaco | 1,00 | 5,5 | 12 | 0,00 | -1 | -100% | 0% | * | 0,0 |
|--------|--|---|----------------------|------|-----|----|------|----|-------|----|---|-----|

|  |  |   |                      |      |     |    |      |   |    |      |   |     |
|--|--|---|----------------------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|
|  |  | i-P24O05a<br>Incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco | > N.<br>Dip. Farmaco | 1,00 | 5,5 | 12 | 1,00 | 0 | 0% | 100% | * | 5,5 |
|--|--|---|----------------------|------|-----|----|------|---|----|------|---|-----|

sentire Sarlo

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

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

|                 |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 4 - Ob Az: SERT |  |  |  |  | 0,0 |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|

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

|                        |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |
|------------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|
| 5 - Obiettivi QUALITA' |  |  |  |  | 15,0 |  |  |  |  |  |  | 13,6 |
|------------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|

|                        |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |      |
|------------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|------|
| 5 - Obiettivi QUALITA' |  |  |  |  | 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|      |   |   |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
|------|---|---|---------|-------|-------|-----|----|-------|----|-------|------|-----|-----|--|
| 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 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 |  |
|      |   | 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 |  |
|      |   | 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.    | 4,00  | 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 |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
| B3az | Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)  | Q02a  | > N.    | 81,54 | 82,00 | 0,0 | 12 |       |    |       |      | 3 * |     |  |
|      |   | CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)   |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
|      |   | monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO  |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
|      |   | Obiettivo annullato   |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
| C6c  | Rischio Clinico                                       | Q10   | > %.    |       | 90,00 | 2,6 | 12 | 90,00 | 0  | 0%    | 100% | *   | 2,6 |  |
|      |   | 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)   |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
|      |   |   |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
|      |   | Q11   | > si/no |       | 1,00  | 2,6 | 12 | 1,00  | 0  | 0%    | 100% | *   | 2,6 |  |
|      |   | 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)   |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
|      |   |   |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
|      |   | Q12   | > si/no |       | 1,00  | 0,0 | 12 |       |    |       |      | *   |     |  |
|      |   | 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  |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |
|      |   |   |         |       |       |     |    |       |    |       |      |     |     |  |

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

106\_TE00  
SMA

**U.F. SALUTE MENTALE  
ADULTI ZONA ELBA (106)**

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

106\_TE00SMI UNITA' FUNZIONALE SALUTE MENTALE INF. ADOL. ELBA (106)

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

33,5

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,3

12,8

|    |                     |   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|----|---------------------|---|------|--------------------------|--------|-----|----|--------|-----|------|------|----|-----|---|-----|
| B7 | Copertura vaccinale | B7.4  | > N. | 11,20                    | 25,00  | 2,6 | 12 | 14,29  | -11 | -43% | 42%  | 2* | 1,1 | M | cio |
|    |                     | Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari  |      | Dati di zona             |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   | cts |
|    |                     |   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
| B8 | Gestione Dati       | B8.1  | > %. |                          | 80,00  | 0,0 | 12 | 61,66  | -18 | -23% | 77%  |    | 0,0 |   | cio |
|    |                     | Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale                                  |      | consuntivo da verificare |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   | cts |
|    |                     |   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|    |                     | B8.4.1  | > %. | 99,38                    | 98,50  | 3,9 | 12 | 99,46  | 1   | 1%   | 100% |    | 3,9 | M | cio |
|    |                     | Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA) |      | consuntivo da verificare |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   | cts |
|    |                     |   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|    |                     | B8.4.23   | > N. | 100,00                   | 100,00 | 1,9 | 12 | 100,00 | 0   | 0%   | 100% |    | 1,9 |   | cio |
|    |                     | % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|    |                     |   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|    |                     | B8.4.25   | > N. | 100,00                   | 100,00 | 1,9 | 12 | 100,00 | 0   | 0%   | 100% |    | 1,9 |   | cio |
|    |                     | % di copertura STS11 ADRSA Residenziali   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|    |                     |   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|    |                     | B8.4.27   | > N. | 100,00                   | 100,00 | 1,9 | 12 | 100,00 | 0   | 0%   | 100% |    | 1,9 |   | cio |
|    |                     | Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|    |                     |   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |
|    |                     | B8.4.28   | > N. | 100,00                   | 100,00 | 1,9 | 12 | 101,74 | 2   | 2%   | 100% |    | 1,9 | M | cio |
|    |                     | Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)   |      |                          |        |     |    |        |     |      |      |    |     |   |     |

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

14,3

14,3

|     |                 |   |      |                          |      |     |    |      |   |     |      |    |     |   |     |
|-----|-----------------|---|------|--------------------------|------|-----|----|------|---|-----|------|----|-----|---|-----|
| C6c | Rischio Clinico | C6.2.1  | > %. | 3,00                     | 3,00 | 0,0 | 12 |      |   |     |      |    |     |   | cio |
|     |                 | Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)                           |      | consuntivo da verificare |      |     |    |      |   |     |      |    |     |   | cts |
|     |                 |   |      |                          |      |     |    |      |   |     |      |    |     |   |     |
|     |                 | C6.2.1a   | > %. |                          | 3,00 | 5,2 | 12 | 3,00 | 0 | 0%  | 100% |    | 5,2 |   | cio |
|     |                 | Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo |      | consuntivo da verificare |      |     |    |      |   |     |      |    |     |   | cts |
|     |                 |   |      |                          |      |     |    |      |   |     |      |    |     |   |     |
|     |                 | C6.2.2  | > N. | 6,00                     | 6,00 | 5,2 | 12 | 7,47 | 1 | 25% | 100% | 5* | 5,2 | M | cio |
|     |                 | Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)                             |      | consuntivo da verificare |      |     |    |      |   |     |      |    |     |   | cts |
|     |                 |   |      |                          |      |     |    |      |   |     |      |    |     |   |     |

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|     |                 |   |      |        |                          |     |    |        |   |    |      |    |     |     |
|-----|-----------------|---|------|--------|--------------------------|-----|----|--------|---|----|------|----|-----|-----|
| C6c | Rischio Clinico | C6.7.1<br>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<br>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 6,5 6,5

|   |                         |   |      |        |  |     |       |        |     |      |      |    |     |  |
|---|-------------------------|---|------|--------|--|-----|-------|--------|-----|------|------|----|-----|--|
| E | VALUTAZIONE INTERNA (E) | E1<br>Percentuale di risposta all'indagine di clima | >    | 55,00  | 3,9                                      | 12  | 58,80 | 4      | 7%  | 100% | vr   | *  | 3,9 |  |
|   |                         |   |      |        |  |     |       |        |     |      |      |    |     | valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale   |
|   |                         | E2<br>Percentuale di assenza                        | < %. | 13,99  | 11,04                                    | 0,0 | 12    |        |     |      |      | 0* |     | cio  |
|   |                         |   |      |        | Consuntivo 2015 ex asl                   |     |       |        |     |      |      |    |     | cts  |
|   |                         |   |      |        |  |     |       |        |     |      |      |    |     | dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO fonte Conto Annuale del personale 2016  |
|   |                         |   |      |        |  |     |       |        |     |      |      |    |     | dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata  |
|   |                         | E3<br>Tasso di infortuni dei dipendenti             | < %. | 796,00 | 795,00                                   | 2,6 | 12    | 713,00 | -82 | -10% | 100% | *  | 2,6 | M  |
|   |                         |   |      |        | diminuzione rispetto all'anno precedente |     |       |        |     |      |      |    |     | cio  |
|   |                         |   |      |        |  |     |       |        |     |      |      |    |     | 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 15,0 15,0

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

|   |   |  |  |      |  |      |     |           |        |                |      |    |    |      |     |
|---|---|--|--|------|--|------|-----|-----------|--------|----------------|------|----|----|------|-----|
| F | Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa | Euro01   | < €.   | 0,00 | 0,00   | 5,0  | 12  | 261,64    | 262    | 26163<br>9900% | 100% | vr | 3* | 5,0  | cio |
|   |   | Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI | importi da verificare: budget 2017 tendezialmente uguale al 2015 -1% |      | scost non significativo                          |      | cts |           |        |                |      |    |    |      |     |
|   |   | scostamento non significativo  |  |      |  |      |     |           |        |                |      |    |    |      |     |
|   |   | Euro02   | < €.   | 0,00 | 0,00   | 10,0 | 12  | 12.801,00 | 12.801 | #Error<br>e    | 100% | vr | *  | 10,0 |     |
|   |   | Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI             | importi da verificare: budget 2017 tendezialmente uguale al 2015 -1% |      | inserimento ultimi 3 mesi dell'anno di un minore |      |     |           |        |                |      |    |    |      |     |

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI 35,0 33,9

#### 3 - Obiettivi REGIONALI 5,1 4,1

|      |   |   |         |      |                              |     |      |       |     |      |     |   |     |  |
|------|---|---|---------|------|------------------------------|-----|------|-------|-----|------|-----|---|-----|--|
| B18  | Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo                        | RT5<br>Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale  | > si/no | 1,00 | 1,0                          | 12  | 1,00 | 0     | 0%  | 100% |     | * | 1,0 | 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. |
| B1c1 | Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az) | RT1<br>E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre) | > %     | 0,00 | 90,00                        | 1,0 | 12   | 50,00 | -40 | -44% | 56% | * | 0,6 | M  |
|      |   |   |         |      | da aggiornare pre-consuntivo |     |      |       |     |      |     |   |     | dato riferito all'anno 2017 fonte 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|      |   |  |                              |        |     |    |  |     |      |      |   |     |   |
|------|---|--|------------------------------|--------|-----|----|--|-----|------|------|---|-----|---|
| B1c1 | Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az) | RT1a   | > %                          | 100,00 | 1,5 | 12 | 60,00  | -40 | -40% | 60%  | * | 0,9 |   |
|      |   | 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  | 1,5 | 12 | 51,46  | 8   | 18%  | 100% | * | 1,5 | 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

|        |   |   |         |      |     |    |  |   |    |      |   |     |  |
|--------|---|---|---------|------|-----|----|--|---|----|------|---|-----|--|
| P49O08 | Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti          | i-P49O08  | > si/no | 1,00 | 0,5 | 12 | 1,00   | 0 | 0% | 100% | * | 0,5 |  |
|        |   | Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma 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 | 1,5 | 12 | 1,00   | 0 | 0% | 100% | * | 1,5 |  |
|        |   | 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  |         |      |     |    | Obiettivo non pertinente per la struttura                                    |   |    |      |   |     |  |

non valutabile in quanto assenza di monitoraggio

### 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 | 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: SMIA

|         |  |  |          |      |     |    |  |   |    |      |   |     |  |
|---------|--|--|----------|------|-----|----|--|---|----|------|---|-----|--|
| P24O02a | Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)   | i-P24O02a  | > si/no  | 1,00 | 9,3 | 12 | 1,00                                       | 0 | 0% | 100% | * | 9,3 |  |
|         |  | Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta                |          |      |     |    | Direttori DP, Professioni sanitarie MINORI |   |    |      |   |     |  |
| 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'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

|     |                          |  |      |      |     |    |   |   |    |      |   |     |  |
|-----|--------------------------|--|------|------|-----|----|---|---|----|------|---|-----|--|
| 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 qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17) |   |    |      |   |     |  |

cio  
cts

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

|      |   |   |         |       |       |     |       |      |    |       |     |     |     |
|------|---|---|---------|-------|-------|-----|-------|------|----|-------|-----|-----|-----|
| B23  | Qualità e Accreditamento                              | 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  |         |       |       |     |       |      |    |       |     |     |     |
|      |   | 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): |         |       |       |     |       |      |    |       |     |     |     |
| B2az | Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az) | Q02   | > N.    | 3,00  | 3,00  | 2,0 | 12    | 0,00 | -3 | -100% | 30% | 3   | cio |
|      |   | COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)   |         |       |       |     |       |      |    |       |     |     |     |
|      |   | 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)  |         |       |       |     |       |      |    |       |     |     |     |
| B3az | Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)  | Q02a  | > N.    | 81,54 | 82,00 | 0,0 | 12    |      |    |       |     | 3   | cio |
|      |   | CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)   |         |       |       |     |       |      |    |       |     |     |     |
|      |   | Q10   | > %.    | 90,00 | 2,6   | 12  | 90,00 | 0    | 0% | 100%  | *   | 2,6 | cio |
|      |   | Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato   |         |       |       |     |       |      |    |       |     |     |     |
|      |   | 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   |         |       |       |     |       |      |    |       |     |     |     |
|      |   | 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               |         |       |       |     |       |      |    |       |     |     |     |

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)

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)

- 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

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

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

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

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

non è calcolabile, non elaborato

| Consuntivo<br>2016 | Budget<br>2017 | * Pesi | Mese | Consuntivo<br>2017 | Scost.<br>% | Scost.<br>% | Valutazione 2017   |
|--------------------|----------------|--------|------|--------------------|-------------|-------------|--------------------|
|                    |                |        |      |                    |             |             | <u>Valutazione</u> |
|                    |                |        |      |                    |             |             | <u>p1 P2</u>       |

106\_TE00  
SMI

**UNITA' FUNZIONALE SALUTE  
MENTALE INF. ADOL. ELBA  
(106)**

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

106\_TE00TOS

**UNITA' FUNZIONALE SERT ELBA (106)**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

33,5

## 1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

11,5

10,0

|   |                     |         |  |   |    |        |        |      |    |        |     |      |      |    |     |      |   |
|---|---------------------|---------|--|---|----|--------|--------|------|----|--------|-----|------|------|----|-----|------|---|
| B7  | Copertura vaccinale | B7.4    | Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari  | > | N. | 11,20  | 25,00  | 2,5  | 12 | 14,29  | -11 | -43% | 42%  | 2* | 1,1 | 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                                   | > | %. |        | 80,00  | 0,0  | 12 | 61,66  | -18 | -23% | 77%  |    | 0,0 |      | 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  | 3,8  | 12 | 99,46  | 1   | 1%   | 100% |    | 3,8 | M    | dato estratto da Infoview regionale   |
|   |                     | B8.4.23 | % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali  | > | N. | 100,00 | 100,00 | 1,3  | 12 | 100,00 | 0   | 0%   | 100% |    | 1,3 |      | dati estratti da infoview regionale   |
|   |                     | B8.4.25 | % di copertura STS11 ADRSA Residenziali  | > | N. | 100,00 | 100,00 | 1,3  | 12 | 100,00 | 0   | 0%   | 100% |    | 1,3 |      | dati estratti da infoview regionale   |
|   |                     | B8.4.27 | Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)  | > | N. | 100,00 | 100,00 | 1,3  | 12 | 100,00 | 0   | 0%   | 100% |    | 1,3 |      | dati estratti da infoview regionale   |
|   |                     | B8.4.28 | Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)  | > | N. | 100,00 | 100,00 | 1,3  | 12 | 101,74 | 2   | 2%   | 100% |    | 1,3 | M    | dati estratti da infoview regionale   |
| 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA |                     |         |  |   |    |        |        | 15,9 |    |        |     |      |      |    |     | 15,9 |   |
| C6c   | Rischio Clinico     | C6.2.1  | Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)                                  | > | %. | 3,00   | 3,00   | 0,0  | 12 |        |     |      |      |    |     |      |   |
|   |                     | C6.2.1a | Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo        | > | %. |        | 3,00   | 7,0  | 12 | 3,00   | 0   | 0%   | 100% |    | 7,0 |      | Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale   |
|   |                     | C6.2.2  | Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)                                    | > | N. | 6,00   | 6,00   | 6,4  | 12 | 7,47   | 1   | 25%  | 100% | 5* | 6,4 | M    | 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

|     |                 |   |      |        |                          |     |    |        |   |    |      |    |     |     |
|-----|-----------------|---|------|--------|--------------------------|-----|----|--------|---|----|------|----|-----|-----|
| C6c | Rischio Clinico | C6.7.1<br>Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B) | > N. | 100,00 | 100,00                   | 2,5 | 12 | 100,00 | 0 | 0% | 100% | 5* | 2,5 | cio |
|     |                 |   |      |        | consuntivo da verificare |     |    |        |   |    |      |    |     | cts |

|          |   |   |      |      |                                    |    |      |   |      |     |  |   |     |   |
|----------|---|---|------|------|------------------------------------|----|------|---|------|-----|--|---|-----|---|
| C9a-F12b | Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica | C9a-F12b<br>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica | > N. | 3,00 | 0,0                                | 12 | 2,61 | 0 | -13% | 87% |  | * | 0,0 |   |
|          |   |   |      |      | da definire preconsuntivo e budget |    |      |   |      |     |  |   |     | valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Elba |

### 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

|   |                         |   |      |        |  |     |       |        |     |      |      |    |     |  |
|---|-------------------------|---|------|--------|--|-----|-------|--------|-----|------|------|----|-----|--|
| E | VALUTAZIONE INTERNA (E) | E1<br>Percentuale di risposta all'indagine di clima | >    | 55,00  | 4,5                                      | 12  | 58,80 | 4      | 7%  | 100% | vr   | *  | 4,5 |  |
|   |                         |   |      |        |  |     |       |        |     |      |      |    |     | valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale   |
|   |                         | E2<br>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<br>Tasso di infortuni dei dipendenti             | < %. | 796,00 | 795,00                                   | 3,2 | 12    | 713,00 | -82 | -10% | 100% |    | 3,2 | 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

#### 2 - Obiettivi ECONOMICI

|   |   |  |   |           |           |     |    |            |        |      |      |    |     |   |     |     |
|---|---|--|---|-----------|-----------|-----|----|------------|--------|------|------|----|-----|---|-----|-----|
| F | Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa | Euro01   | < €.  | 30.933,46 | 24.952,35 | 2,0 | 12 | 21.451,04  | -3.501 | -14% | 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%   |           |           |     |    |            |        |      |      |    |     |   |     | cts |
|   |   |  |   |           |           |     |    |            |        |      |      |    |     |   |     |     |
|   |   |  |   |           |           |     |    |            |        |      |      |    |     |   |     |     |
|   |   | Euro02   | < €.  | 76.850,62 | 76.850,62 | 8,0 | 12 | 114.331,00 | 37.480 | 49%  | 100% | vr |     | * | 8,0 |     |
|   |   | Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI                                       | importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%   |           |           |     |    |            |        |      |      |    |     |   |     |     |
|   |   | Obiettivo raggiunto: il CM per abitante e residente non ha rilevato incrementi                       |   |           |           |     |    |            |        |      |      |    |     |   |     |     |
|   |   | 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  |   |           |           |     |    |            |        |      |      |    |     |   |     |     |

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

#### 3 - Obiettivi REGIONALI

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

|  |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
|--|--|----------|---------|--------|-------------|-----|------|-------|----|------|------|------------|
| <b>B18</b>   | <b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>  | RT5      | > si/no | 1,00   | 1,7         | 12  | 1,00 | 0     | 0% | 100% | 1,7  | cio<br>cts |
| 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. |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| <b>B1c1</b>  | <b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>                                 | 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 Infoview regionale   |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| Obiettivo N.V. :per DD non effettuano prescrizioni e per le prescrizioni 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 prescrizioni specialistiche essendo spesso in anonimato hanno un percorso diverso  |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
|  |  | RT1b     | > %     | 39,77  | 43,75       | 0,0 | 12   | 51,46 | 8  | 18%  | 100% | 0,0        |
| 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   |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| <b>4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI</b>  |  |          |         |        | <b>4,3</b>  |     |      |       |    |      |      |            |
| <b>P49O08</b>  | <b>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</b>          | i-P49O08 | > si/no | 1,00   | 1,7         | 12  | 1,00 | 0     | 0% | 100% | 1,7  |            |
| Elaborazione cronoprogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronoprogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno  |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| relazione Ferri  |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| <b>P52O16</b>  | <b>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN</b>    | i-P52O16 | > si/no | 1,00   | 2,6         | 12  | 1,00 | 0     | 0% | 100% | 2,6  |            |
| 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.   |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| <b>P52O28</b>  | <b>Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali</b> | 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   |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| <b>4 - Ob Az: SERT</b>   |  |          |         |        | <b>29,0</b> |     |      |       |    |      |      |            |
| <b>P25O03</b>  | <b>Attività di educazione alla salute, di prevenzione e Sanità d'Iniziativa</b>                        | i-P25O03 | > N.    | 1,00   | 6,8         | 12  | 1,00 | 0     | 0% | 100% | 6,8  |            |
| Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG  |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| Educazione salute - Dip Prevenzione  |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| L'evento è stato realizzato in quasi tutte le zone (ad eccezione della valdera)  |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| <b>P25O04</b>  | <b>Condivisione procedure e buone pratiche</b>   | i-P25O04 | > si/no | 1,00   | 0,0         | 12  |      |       |    |      | *    |            |
| Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica  |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| SMIA e SMA   |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |
| posticipato al 2018  |  |          |         |        |             |     |      |       |    |      |      |            |

\* = 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 DELL'ELBA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

|                     |   |  |         |        |     |  |        |     |      |      |   |     |
|---------------------|---|--|---------|--------|-----|--|--------|-----|------|------|---|-----|
| <b>P25O08</b>       | <b>Definizione di un comune percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol dipendenti</b>                                   | i-P25O08   | > si/no | 1,00   | 6,8 | 12   | 1,00   | 0   | 0%   | 100% | * | 6,8 |
|                     |   | Definizione di un documento per uniformare il percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol entro il..... |         |        |     | inviata procedura                                      |        |     |      |      |   |     |
| <b>P25O09</b>       | <b>Definizione di una procedura comune per l'invio in comunità degli utenti</b>   | i-P25O09   | > si/no | 1,00   | 7,7 | 12   | 1,00   | 0   | 0%   | 100% | * | 7,7 |
|                     |   | Definizione di un protocollo per l'invio in comunità degli utenti entro il .....                             |         |        |     | sentire Varese   |        |     |      |      |   |     |
| <b>P25O10</b>       | <b>Definizione di una procedura/istruzione operativa relativa agli esami tossicologici disposti dall'Autorità Giudiziaria</b> | i-P25O10   | > si/no | 1,00   | 0,0 | 12   |        |     |      |      | * |     |
|                     |   | Definizione di una procedura/istruzione operativa entro il .....   |         |        |     | eliminato per le zone                                  |        |     |      |      |   |     |
| <b>P25O11</b>       | <b>Convenzione unica con AOU Pisana per esami tossicologici relativi agli accertamenti sui lavoratori a rischio</b>           | i-P25O11   | > si/no | 1,00   | 0,0 | 12   |        |     |      |      | * |     |
|                     |   | Definizione di una procedura/istruzione operativa  |         |        |     | nessuna evidenza della procedura, sentire Varese       |        |     |      |      |   |     |
| Obiettivo annullato |   |  |         |        |     |  |        |     |      |      |   |     |
| <b>P25O12</b>       | <b>Applicazione raccomandazioni della CTR sulla terapia della dipendenza da oppiacei</b>                                      | i-P25O12   | < %     | -10,00 | 7,7 | 12   | -62,55 | -53 | 526% | 100% | * | 7,7 |
|                     |   | Riduzione spesa del 10% rispetto all'anno 2016   |         |        |     | monitoraggio CdG consumi Suboxone: risultato 2017 -16% |        |     |      |      |   |     |

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

|       |   |   |  |      |      |     |      |      |    |      |      |     |     |   |
|-------|---|---|--|------|------|-----|------|------|----|------|------|-----|-----|---|
| 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 qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17) |      |      |     |      |      |    |      |      |     |     |   |
| <hr/> |   |   |  |      |      |     |      |      |    |      |      |     |     |   |
|       |   | 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 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) |      |      |     |      |      |    |      |      |     |     |   |
| <hr/> |   |   |  |      |      |     |      |      |    |      |      |     |     |   |
|       |   | 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 qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17) |      |      |     |      |      |    |      |      |     |     |   |
| <hr/> |   |   |  |      |      |     |      |      |    |      |      |     |     |   |
| B2az  | Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az) | Q02   | > N.   | 3,00 | 3,00 | 2,0 | 12   | 5,00 | 2  | 67%  | 100% | 3*  | 2,0 | M |
|       |   | 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 |      |      |     |      |      |    |      |      |     |     |   |
|       |   |   | inviati 5 verbali di riunione di diffusione obiettivi  |      |      |     |      |      |    |      |      |     |     |   |

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

## ZONA DISTRETTO DELL'ELBA

| Consuntivo<br>2016 | Budget *<br>2017 | Pesi | Mese | Consuntivo<br>2017 | Scost.<br>% | Scost. |
|--------------------|------------------|------|------|--------------------|-------------|--------|
|--------------------|------------------|------|------|--------------------|-------------|--------|

Valutazione 2017

|   |   |  |   |       |       |       |     |    |       |   |    |      |    |     |     |
|---|---|--|---|-------|-------|-------|-----|----|-------|---|----|------|----|-----|-----|
| B2az  | Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az) | Q04<br>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 | cio |
| 60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)<br><i>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</i> |   |  |   |       |       |       |     |    |       |   |    |      |    |     | cts |
| B3az  | Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)  | Q02a<br>CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)  | > | N.    | 81,54 | 82,00 | 0,0 | 12 |       |   |    |      | 3* |     | cio |
| <i>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</i>   |   |  |   |       |       |       |     |    |       |   |    |      |    |     | cts |
| C6c   | Rischio Clinico                                       | Q10<br>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 | cio |
| <i>Oobiettivo annullato</i><br><i>aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)</i>   |   |  |   |       |       |       |     |    |       |   |    |      |    |     | cts |
|   |   | Q11<br>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 | cio |
| <i>aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)</i>  |   |  |   |       |       |       |     |    |       |   |    |      |    |     | cts |
|   |   | Q12<br>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 |       |   |    |      | *  |     | cio |
| <i>non è calcolabile, non elaborato</i>   |   |  |   |       |       |       |     |    |       |   |    |      |    |     | cts |

*martedì 12 marzo 2019*

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

Pagina 60 di 61

106\_TE00  
TOS

**UNITA' FUNZIONALE SERT  
ELBA (106)**

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)