

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

ZD2

### **ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

**Responsabile:** Rosanna Vallelonga

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".*

ZD2

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Responsabile:

Macrostruttura

ZD2 ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

27,2

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

23,0

16,9

B20D	Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT	B20D.1 Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione	< % consuntivo da verificare	3,98 1,65	0,0	12									
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio															
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	2,88 2,81	1,6	12	3,68	1	31%	100%	5	*	1,6	M	cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteRegione Toscana															
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	6,02 3,32	1,6	12	5,02	2	51%	100%	5	*	1,6		cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteRegione Toscana															
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1 % Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	> %. consuntivo da verificare	29,61 33,82	0,5	12	16,04	-18	-53%	50%	vr	3	*	0,3	
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisti e non dipendenti dal servizio.															
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assitita da MMG aderenti ai moduli	> N. Dati di zona	86,01 80,00	1,6	12	86,17	6	8%	100%	4	*	1,6	M	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana															
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	12,35 11,51	1,1	12	12,51	1	9%	100%	5	*	1,1	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	> Gen-Ago 2016	10,53 12,85	0,9	12	9,71	-3	-24%	30%	3	*	0,3		
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	31,52 44,00	0,9	12	30,47	-14	-31%	0%	1	*	0,0		
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso AD-RSA															
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	58,33 95,00	0,5	12	55,55	-39	-42%	30%	3	*	0,2		

\* = 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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>B28.3</b>	<b>Assistenza Residenziale</b>	B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	>	Gen-Ago 2016	41,51	55,00	0,5	12	93,75	39	70%	100%	5*	0,5	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonte Flusso AD-RSA																
<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione allo screening</b>	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.	112,42 consuntivo da verificare	100,00	1,1	12	131,00	31	31%	100%	vr 5*	1,1	M	cio
dato interno al 2018-08-31 - livello Lunigiana																
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	>	%.	54,06 consuntivo da verificare	60,00	1,1	12	57,90	-2	-4%	100%	vr 5*	1,1	M	cts
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																
<b>B7</b>	<b>Copertura vaccinale</b>	B7.1 Copertura per vaccino MPR	>	%.	89,59 Dati di zona	95,00	0,5	12	90,71	-4	-5%	41%	2*	0,2	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale	>	N.	57,06 Dati di zona	75,00	1,1	12	58,30	-17	-22%	7%	1*	0,1	M	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.3 Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	>	%.	63,73 Dati di zona	95,00	0,5	12	76,70	-18	-19%	62%	2*	0,3	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>	N.	8,30 Dati di zona	25,00	0,5	12	14,29	-11	-43%	56%	2*	0,3	M	cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																
		B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	>	N.	92,20 Dati di zona	95,00	1,1	12	93,43	-2	-2%	64%	2*	0,7	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.5a Copertura per vaccino antimeningococcico 10-20 anni, con almeno una dose negli ultimi 5 anni	>	N.	59,71 Dati di zona	90,00	2,2	12	87,78	-2	-2%	93%	* 0	2,0	M	cio
		B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	>	N.	93,55 Dati di zona	95,00	0,5	12	82,12	-13	-14%	0%	0*	0,0		cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.7 Copertura per vaccino esavalente	>	N.	95,16 Dati di zona	95,00	0,5	12	95,52	1	1%	100%	3*	0,5	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	consuntivo da verificare	80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%	* 0	0,0		cio
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38 consuntivo da verificare	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%	* 0	0,5	M	cio
dato estratto da Infview regionale																

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

B8	Gestione Dati	B8.4.10	> N.	87,93	90,00	1,1	12	77,22	-13	-14%	0%	*	0,0	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	consuntivo da verificare		dato estratto da infoview regionale, livello di calcolo zona									
		B8.4.23	> N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,3	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.24	> N.	75,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	*	0,5	M cio
		% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.25	> N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,3	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Residenziali	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.26	> N.		100,00	0,5	12	92,86	-7	-7%	93%	*	0,5	cio
		% di correttezza RFC ADRSA Residenziali	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.27	> N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,3	cio
		Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.28	> N.	100,00	100,00	0,3	12	101,74	2	2%	100%	*	0,3	M cio
		Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.3c	> N.	102,34	80,00	0,5	12	100,85	21	26%	100%	*	0,5	cio
		Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	dati estratti da infoview regionale											

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,9

9,2

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	127,32	120,00	0,2	12	119,03	-1	-1%	100%	5*	0,2	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso SDO									
		C5.1e	< N.	8,51	7,31	0,2	12	11,78	4	61%	0%	1*	0,0	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)									
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	67,15	70,80	0,3	12	68,48	-2	-3%	77%	4*	0,2	M cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare											
		C11a.1.2b	> %.	55,47	57,90	0,3	12	56,45	-1	-3%	80%	4*	0,3	M cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare											
		C11a.1.3	> %	52,45	58,80	0,3	12	51,02	-8	-13%	40%	4*	0,1	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare											

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>C11a</b>	<b>Efficacia Assistenziale patologie croniche</b>	C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	57,39 consuntivo da verificare	56,70	0,3	12	57,97	1	2%	100%	4 *	0,3	M
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	60,00 consuntivo da verificare	67,00	0,3	12	54,17	-13	-19%	40%	4 *	0,1	cio
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	47,86 consuntivo da verificare	43,70	0,3	12	42,48	-1	-3%	40%	4 *	0,1	
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	68,80 consuntivo da verificare	67,10	0,3	12	68,76	2	2%	100%	3 *	0,3	
<b>C13</b>	<b>Appropriatezza diagnostica</b>	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	507,53 Gen-Ottobre 2016	583,73	0,3	12	629,34	46	8%	0%	-1 *	0,0	
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	19,42 Gen-Ottobre 2016	19,43	0,3	12	15,01	-4	-23%	100%	4 *	0,3	M
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	6,51 consuntivo da verificare	7,62	0,3	12	6,67	-1	-13%	100%	5 *	0,3	
<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	4,65 Gen-Sett 2016	1,61	0,2	12	3,48	2	116%	58%	2 *	0,1	M cio
<b>C15</b>	<b>Salute Mentale</b>	C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	> %.	48,57 Gen-Agosto 2016	54,50	1,0	12	60,53	6	11%	100%	3 *	1,0	M cio cts
		C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< %	12,50 Gen-Ottobre 2016	4,40	1,1	12	0,00	-4	-100%	100%	5 *	1,1	M
		C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< %	0,00 Gen-Ottobre 2016	4,29	1,1	12	0,00	-4	-100%	100%	5 *	1,1	
<b>C17</b>	<b>Riabilitazione</b>	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,97 Gen-Ottobre 2016	1,94	0,0	12	2,48	1	28%	68%	2 *	0,0	M

Obiettivo annullato: non pertinente per le zone

\* = 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 LUNIGIANA

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>	C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.	21,00	1,1	12	22,00	1	5%	100%	1	1,1	cio
			consuntivo da verificare										cts
Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale													
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	39,00	0,5	12	7,47	1	25%	100%	5	0,5	cio
			consuntivo da verificare										cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	5	0,3	cio
			consuntivo da verificare										cts
<b>C7</b>	<b>Materno Infantile</b>	C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	88,79	0,3	12	75,41	12	19%	100%	4	0,3	cio
			Gen-Agosto 2016										
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlussi SPC e CAP													
		C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	5,08	0,3	12	4,95	0	10%	52%	3	0,2	M
			Gen-Agosto 2016										
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana													
<b>C8b</b>	<b>Integrazione Ospedale - Territorio</b>	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,73	0,3	12	0,55	0	2%	100%	2	0,3	M
			Gen-Ottobre 2016										cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso SDO													
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	3,00	1,0	12	2,34	-1	-22%	78%		0,8	
			da definire preconsuntivo e budget										
valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Lunigiana													

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	0,5	12	23,70	-31	-57%	100%	vr	0,5	
valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale													
		E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	0,0	12					0		cio
			Consuntivo 2015 ex asl										cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016													
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	0,5	12	713,00	-82	-10%	100%		0,5	M
			diminuzione rispetto all'anno precedente										cts
Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live													

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	342.846,36	2,0	12	357.347,10	-32.457	-8%	100%	3	2,0	cio
			importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%										cts

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

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>	<b>35,0</b>	<b>32,1</b>
3 - Obiettivi REGIONALI	12,5	11,3

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	0.6	12	1,00	0	0%	100%		*	0.6	Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	50,00	90,00	0.6	12	40,25	-50	-55%	0%		*	0.0	dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale
		RT1a E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata ( 1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo		100,00	0.6	12	100,00	0	0%	100%		*	0.6	file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera
		RT1b E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente ( 1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	39,77	43,75	0.6	12	51,46	8	18%	100%		*	0.6	Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing
Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2															
B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT12 Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG	> si/no	1,00	0.6	12	0,25	-1	-75%	25%		*	0.2	Percorso iniziato 54/915 MMG prenotano in generale. Nell'ambito della sanità di iniziativa prenotano il follow up nella quasi totalità dei casi	
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	1,00	0.6	12	0,75	0	-25%	75%		*	0.5	Tutti i mmg prenotano il follow up per le 4 patologie della sanità di iniziativa. Le agende dedicate sono state costituite in tutte le ex asl, sebbene non applicate in modo omogeneo in tutta l'azienda	

\* = 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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

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

RT36	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Sanità d'Iniziativa</u>	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.											
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					1,2								1,2
P49O08	<u>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</u>	i-P49O08	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno											
P52O15	<u>Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo</u>	i-P52O15	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo											
P52O16	<u>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN</u>	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											
P52O28	<u>Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali</u>	i-P52O28	> si/no	1,00	0,0	12						*	
		Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta											
4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE					0,6								0,6
P49O24	<u>Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone. DEU, CUUNN</u>	i-P49O24	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		Definire un modello organizzativo unico entro il 31/07/2017											
4 - Ob Az: CDG					0,5								0,5
P29O06	<u>Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi</u>	i-P29O06	> si/no	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5
		Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)											
4 - Ob Az: CONSULTORIO					1,2								1,2
P31O02	<u>Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità</u>	i-P31O02	> SI/N O	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
		1) Implementazione buona pratica sul puerperio 2) definizione di documento organizzativo di struttura											
P31O04	<u>Audit organizzativi su sistema di Reporting</u>	i-P31O04	> SI/N O	1,00	0,6	12	3,00	2	200%	100%		*	0,6
		Effettuare 3 audit per struttura											
4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA					0,6								0,6

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

<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	> SI/NO	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	
				Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)		definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali							
<b>4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE</b>					<b>0,9</b>	<b>0,9</b>							
<b>P27O04</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-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)							
<b>P27O10</b>	<b>Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA</b>	i-P27O10	> si/no	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%		0,9	
				Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA		procedura inviata da A. Gioia							
<b>4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA</b>					<b>6,8</b>	<b>5,8</b>							
<b>P26O05</b>	<b>UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</b>	i-P26O05	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	cio
				Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017		Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018							
<b>P26O06</b>	<b>Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.</b>	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 Gesti ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar							
<b>P26O07</b>	<b>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</b>	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							
<b>P26O09</b>	<b>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;</b>	i-P26O09	> %	1,00	0,6	12	0,50	-1	-50%	50%		0,3	
				Riconoscimento sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territori (definizione entro il 30/09/2017)		Obiettivo parzialmente raggiunto a seguito delle indicazioni fornite dalla DGRT 1449/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di Vita" effettuato gruppo di lavoro interdipartimentale (o							
<b>P26O09a</b>	<b>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 partecipazione; Analizzare il passaggio al</b>	i-P26O09a	> %	1,00	0,6	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	
				Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017		In fase di elaborazione il documento tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Servizi Sociali non Autosufficienza Disabilità. considerato che siamo a settembre 2018 è da intendersi non raggiunto							
<b>P26O10</b>	<b>PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</b>	i-P26O10	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	cio
				Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017		Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018							

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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

### 4 - Ob Az: PREVENZIONE

0,6

0,6

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

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

### 4 - Ob Az: SALUTE MENTALE

2,9

2,2

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

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

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

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>P24O05</b>	<b>Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione</b>	i-P24O05a Incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco	> N. Dip. Farmaco	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7
						sentire Sarlo						
<b>P24O07</b>	<b>Tempi di attesa visite psichiatriche</b>	i-P24O07 Rispetto dei tempi di attesa per la visita psichiatrica	> N.	1,00	0,0	12					*	
						accesso diretto						
<b>P24O08</b>	<b>Uniformare le modalità di accesso nell'applicazione del ticket per le visite psichiatriche</b>	i-P24O08 Procedura uniforme per tutta l'ATNO sulle modalità di accesso	> N.	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5
<b>4 - Ob Az: SERT</b>					<b>4,3</b>							<b>4,3</b>
<b>P25O03</b>	<b>Attività di educazione alla salute, di prevenzione e Sanità d'Iniziativa</b>	i-P25O03 Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG	> N. Educazione salute - Dip Prevenzione	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
						L'evento è stato realizzato in quasi tutte le zone (ad eccezione della valdera)						
<b>P25O04</b>	<b>Condivisione procedure e buone pratiche</b>	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no SMIA e SMA	1,00	0,0	12					*	
						posticipato al 2018						
<b>P25O08</b>	<b>Definizione di un comune percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol dipendenti</b>	i-P25O08 Definizione di un documento per uniformare il percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol entro il.....	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
						inviata procedura						
<b>P25O09</b>	<b>Definizione di una procedura comune per l'invio in comunità degli utenti</b>	i-P25O09 Definizione di un protocollo per l'invio in comunità degli utenti entro il .....	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
						sentire Varese						
<b>P25O10</b>	<b>Definizione di una procedura/istruzione operativa relativa agli esami tossicologici disposti dall'Autorità Giudiziaria</b>	i-P25O10 Definizione di una procedura/istruzione operativa entro il .....	> si/no	1,00	0,0	12					*	
						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 Definizione di una procedura/istruzione operativa	> si/no	1,00	0,0	12					*	
						nessuna evidenza della procedura, sentire Varese						
<b>P25O12</b>	<b>Applicazione raccomandazioni della CTR sulla terapia della dipendenza da oppiacei</b>	i-P25O12 Riduzione spesa del 10% rispetto all'anno 2016	< %	-10,00	0,6	12	-35,72	-26	257%	100%	*	0,6
						Obiettivo annullato monitoraggio CdG consumi Suboxone: risultato 2017 -16%						

<b>4 - Ob Az: SMIA</b>					<b>1,0</b>							<b>1,0</b>
<b>P24O02a</b>	<b>Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)</b>	i-P24O02a Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta	> si/no Direttori DP, Professioni sanitarie MINORI	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5

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

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

#### 4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE

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

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

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

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

#### 5 - Obiettivi QUALITA'

##### 5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016 <i>gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)</i>											cts
		Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità' e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui <i>gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)</i>											cts
		Q01d	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti): <i>gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)</i>											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,00	2,0	1,00	-2	-67%	30%	3	0,6	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate) <i>verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12</i> <i>- 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</i>											cts

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

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

Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	>	%		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0		cio
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 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
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO																	
Obiettivo annullato																	
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	>	%.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		*	2,6		cio
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)																	
		Q11 Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza:trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017	>	si/no		1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6		cio
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)																	
		Q12 Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese	>	si/no		1,00	0,0	12						*			cio
non è calcolabile, non elaborato																	

*martedì 12 marzo 2019*

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

Pagina 15 di 69

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD2	<b>ZONA DISTRETTO LUNIGIANA</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)



ZD2LUN

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA L4

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_1IZB1999 **SUPPORTO AMMINISTRATIVO ZONA LUNIGIANA (101)****1 - Obiettivi MeS**

42,3

39,7

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

13,3

10,7

<b>B24</b>	<b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>	B24.1	> %.	1,00	0,9	12				50%	vr	*	0,5	
		% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)												
		Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisti e non dipendenti dal servizio.												
		B24.1	> %.	1,00	4,3	12				50%	vr	*	2,2	
		% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)												
		Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisti e non dipendenti dal servizio.												
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.1	> %.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)												cts
		B8.4.1	> %.	1,00	1,0	12				100%	vr	*	1,0	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)												cts
		B8.4.10	> N.	1,00	0,0	12				0%	vr	*	0,0	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA												
		B8.4.10	> N.	1,00	0,0	12				0%	vr	*	0,0	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA												
		B8.4.23	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali												
		B8.4.23	> N.	1,00	1,0	12				100%	vr	*	1,0	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali												
		B8.4.24	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali												

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B8	Gestione Dati	B8.4.24 % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	> N.	1,00	1,0	12				100%	vr	*	1,0	cio
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	1,00	1,0	12				100%	vr	*	1,0	cio
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,0	12				0%	vr	*	0,0	cio
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.	1,00	0,0	12				0%	vr	*	0,0	cio
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	1,00	1,0	12				100%	vr	*	1,0	cio
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	1,00	1,0	12				100%	vr	*	1,0	cio
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	1,00	1,0	12				100%	vr	*	1,0	cio

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

29,0

29,0

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	1,00	5,0	12				100%	vr	*	5,0	
		E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	1,00	24,0	12				100%	vr	*	24,0	

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

125,0

125,0

#### 3 - Obiettivi REGIONALI

27,8

27,8

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

B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT17 Attuazione della Libera scelta in RSA	> si/no	1,00	7,8	12				100%	vr	*	7,8	
		RT17 Attuazione della Libera scelta in RSA	> si/no	1,00	20,0	12				100%	vr	*	20,0	
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					97,2								97,2	
P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	> %	1,00	10,0	12				100%	vr	*	10,0	cio
		i-P26O11 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	> %	1,00	3,9	12				100%	vr	*	3,9	cio
		i-P26O11a PON Inclusion Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	10,0	12				100%	vr	*	10,0	cio
		i-P26O11a PON Inclusion Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	3,9	12				100%	vr	*	3,9	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	10,0	12				100%	vr	*	10,0	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	3,9	12				100%	vr	*	3,9	cio
		i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	10,0	12				100%	vr	*	10,0	cio
		i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	3,9	12				100%	vr	*	3,9	cio

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P26O12	<u>Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare</u>	i-P26O12	> %	1,00	5,8	12				100%	vr	*	5,8	cio
		Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016												
		i-P26O12	> %	1,00	15,0	12				100%	vr	*	15,0	cio
		Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016												
P26O14	<u>Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016</u>	i-P26O14	> %	1,00	15,0	12				100%	vr	*	15,0	cio
		monitoraggio e rilevazione dati												
		i-P26O14	> %	1,00	5,8	12				100%	vr	*	5,8	cio
		monitoraggio e rilevazione dati												

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

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

101\_1IZB  
1999

**SUPPORTO AMMINISTRATIVO  
ZONA LUNIGIANA (101)**

Totale pesi **167,3**

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

101 1TZB1128

**U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA LUNIGIANA (101)**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

33,9

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

7,4

6,8

B7	Copertura vaccinale	B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>	N.	11,20	25,00	1,1	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	0,4	M	cts	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																		
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0	cio	cts	
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																		
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	2,1	12	99,46	1	1%	100%		2,1	M	cio	
consuntivo da verificare dato estratto da Infoview regionale																		
		B8.4.23	% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	>	N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%		1,1	cio		
dati estratti da infoview regionale																		
		B8.4.25	% di copertura STS11 ADRSA Residenziali	>	N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%		1,1	cio		
dati estratti da infoview regionale																		
		B8.4.27	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	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																		
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA								24,4							23,9			
C15	Salute Mentale	C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attivita' domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni	>	%.	127,93	66,14	3,2	12	160,32	94	142%	100%	-1*	3,2	M		
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso Salm																		
		C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>	%.	48,57	54,50	3,2	12	60,53	6	11%	100%	3*	3,2	M	cio	
Gen-Agosto 2016 dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteSistema Informativo Regionale Flussi SDO e SISM - RFC160																		
		C15.8	Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	<		-3,75	-3,75	3,2	12	-2,30	1	-39%	100%	vr -1*	3,2			
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)																		

\* = 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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C15</b>	<b>Salute Mentale</b>	C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< % Gen-Ottobre 2016	12,50	4,40	<b>3,2</b>	12	0,00	-4	-100%	100%	5*	<b>3,2</b>	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)														
		C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< % Gen-Ottobre 2016	0,00	4,29	<b>3,2</b>	12	0,00	-4	-100%	100%	5*	<b>3,2</b>	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO														
		C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	<	199,21	250,48	<b>3,2</b>	12	188,18	-62	-25%	100%	3*	<b>3,2</b>	M
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %. consuntivo da verificare	6,00	3,00	<b>0,0</b>	12					*		cio cts
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %. consuntivo da verificare		3,00	<b>1,1</b>	12	3,00	0	0%	100%	*	<b>1,1</b>	cio cts
Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. consuntivo da verificare	8,00	6,00	<b>1,1</b>	12	7,47	1	25%	100%	5*	<b>1,1</b>	cio cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. consuntivo da verificare	100,00	100,00	<b>1,1</b>	12	100,00	0	0%	100%	5*	<b>1,1</b>	cio cts
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. da definire preconsuntivo e budget		3,00	<b>2,1</b>	12	2,34	-1	-22%	78%	*	<b>1,7</b>	
valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Lunigiana														

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	<b>2,1</b>	12	23,70	-31	-57%	100%	vr*	<b>2,1</b>	
valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale														
		E2 Percentuale di assenza	< %. Consuntivo 2015 ex asl	13,99	11,04	<b>0,0</b>	12					0*		cio cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016														
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. diminuzione rispetto all'anno precedente	796,00	795,00	<b>1,1</b>	12	713,00	-82	-10%	100%	*	<b>1,1</b>	M 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

2 - Obiettivi ECONOMICI	<b>10,0</b>	<b>2,0</b>
-------------------------	-------------	------------

\* = 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 LUNIGIANA

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 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	4.460,04	14.418,95	2,0	12	2.789,55	-11.629	-81%	100%	3 *	2,0	M	cio
														cts	
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.			8,0	12					*			
		Euro05 Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<			0,0	12					*			

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2	Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	75,00	90,00	1,2	12	40,25	-50	-55%	0%		0,0	
		RT1a E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata ( 1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%		1,2	file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera
		RT1b E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente ( 1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	39,77	43,75	1,2	12	51,46	8	18%	100%		1,2	Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing
														Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2
B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT16 Percorso Superamento OPG: presa in carico dei pazienti di propria competenza ed attivazione del relativo progetto personalizzato (da valutare positivamente il limitato ricorso alle REMS e la predisposizione di percorsi alternativi)	> si/no	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5		

Relazione REMS firma DS

### 4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

\* = 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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>P49O08</b>	<b>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</b>	i-P49O08 Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
						relazione Ferri							
<b>P52O28</b>	<b>Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali</b>	i-P52O28 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							
<b>4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA</b>					<b>6,2</b>							<b>6,2</b>	
<b>P26O11</b>	<b>Progetto POR FSE</b>	i-P26O11 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
		i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	cio
<b>4 - Ob Az: PREVENZIONE</b>					<b>0,0</b>							<b>0,0</b>	
<b>P23O06</b>	<b>Definire un protocollo condiviso con Prevenzione, Medicina Legale e Zone Distretto per la gestione dell'attività necroscopica</b>	i-P23O06 Definire il protocollo condiviso entro il 30/06/2017	> N.	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	
						import del 2018-09-13 univoci - protocollo definito ed inviato							
<b>4 - Ob Az: SALUTE MENTALE</b>					<b>20,0</b>							<b>15,0</b>	
<b>P24O02</b>	<b>Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI</b>	i-P24O02 Documento riferito agli adulti, contenente:1) censimento delle strutture residenziali;2) attribuzione in base alla classificazione regionale3) valutazione della domanda complessiva 4) valutazione economica: costi per singola struttura e compartecipazi	> si/no Direttori DP , Professioni sanitarie ADULTI	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	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
<b>P24O05</b>	<b>Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione</b>	i-P24O05 Incontri periodici con le AFT	> N. Dip. Farmaco	1,00	5,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		i-P24O05a Incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco	> N. Dip. Farmaco	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	sentire Sarlo
<b>P24O07</b>	<b>Tempi di attesa visite psichiatriche</b>	i-P24O07 Rispetto dei tempi di attesa per la visita psichiatrica	> N.	1,00	0,0	12					*		accesso diretto
<b>P24O08</b>	<b>Uniformare le modalità di accesso nell'applicazione del ticket per le visite psichiatriche</b>	i-P24O08 Procedura uniforme per tutta l'ATNO sulle modalità di accesso	> N.	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	
<b>4 - Ob Az: SERT</b>					<b>0,0</b>								

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

P25O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no SMIA e SMA	1,00	0,0	12						*	
posticipato al 2018													
<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>					<b>15,0</b>								
5 - Obiettivi QUALITA'					<b>15,0</b>								
B23	Qualità e Accreditamento	Q01b Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
		Q01c Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità' e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
		Q01d Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	3,00	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,6
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 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
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 CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3	
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO													
Obiettivo annullato													
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> %.	90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		*	2,6
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)													

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

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	<b>2,6</b>	<b>12</b>	1,00	0	0%	100%	<b>2,6</b>	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	<b>0,0</b>	<b>12</b>						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".

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

101\_1TZB  
1128

**U.F. SALUTE MENTALE  
ADULTI ZONA LUNIGIANA  
(101)**

Totale pesì

95,0

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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

UO/UF

101 1TZB1129

**U.F. SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA LUNIGIANA (101)**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

33,7

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

15,2

13,8

B7	Copertura vaccinale	B7.4	Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>	N.	11,20	25,00	2,3	12	14,29	-11	-43%	42%	2	1,0	
Dati di zona																
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0	
consuntivo da verificare																
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	3,5	12	99,46	1	1%	100%		3,5	M
consuntivo da verificare																
dato estratto da Infoview regionale																
		B8.4.23	% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	>	N.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%		1,7	
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.25	% di copertura STS11 ADRSA Residenziali	>	N.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%		1,7	
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.27	Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	>	N.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%		1,7	
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.28	Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	>	N.	100,00	100,00	1,7	12	101,74	2	2%	100%		1,7	M
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.3c	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	>	N.	102,34	80,00	2,3	12	100,85	21	26%	100%		2,3	
dati estratti da infoview regionale																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA								14,0								14,0
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	4,00	3,00	0,0	12							
consuntivo da verificare																
		C6.2.1a	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	>	%.		3,00	4,7	12	4,00	1	33%	100%		4,7	
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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2	> N.	7,00	6,00	4,7	12	7,47	1	25%	100%	5*	4,7	M	cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

		C6.7.1	> N.	100,00	100,00	4,7	12	100,00	0	0%	100%	5*	4,7		cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)													cts

### 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA 5,8 5,8

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	3,5	12	23,70	-31	-57%	100%	vr	3,5		
		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													cts

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016

		E3	< %.	796,00	795,00	2,3	12	713,00	-82	-10%	100%		2,3	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti													cts

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata  
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 7,0

#### 2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 7,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.000,82	1.514,66	7,0	12	1.380,28	-134	-9%	100%	3*	7,0		cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI													cts

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

		Euro02	< €.			8,0	12								
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI													

obiettivo non pertinente la zona lunigiana: finanziamento annuo a società della salute

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

Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI 35,0 34,1

#### 3 - Obiettivi REGIONALI 4,8 4,0

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%		1,6	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.													
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	0,00	90,00	1,6	12	40,25	-50	-55%	45%		M
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale													
		RT1a	> %		100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%		
		E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata ( 1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera													
		RT1b	> %	39,77	43,75	0,0	12	51,46	8	18%	100%		M
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente ( 1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing													
Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2													
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					1,1							1,1	
P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08	> si/no		1,00	1,1	12	1,00	0	0%	100%		
		Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno											
relazione Ferri													
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					9,7							9,7	
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	9,7	12	1,00	0	0%	100%		
		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					19,4							19,4	
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	9,7	12	1,00	0	0%	100%		
		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	9,7	12	1,00	0	0%	100%		
		1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre)											

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



## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	>	%.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	
		Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016	gli indicatori di 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.	3,00	3,00	2,0	12	2,00	-1	-33%	30%	3*	0,6
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											
		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)											

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

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

C6c	Rischio Clinico	Q12 Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese	> si/no	1,00	0,0	12						*		cio cts
-----	-----------------	--	---------	------	-----	----	--	--	--	--	--	---	--	------------

*martedì 12 marzo 2019*

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

Pagina 34 di 69

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

**Pesi**  
**p1 P2**

**Valutazione**  
**p1 P2**

101\_1TZB  
1129

**U.F. SALUTE MENTALE  
INFANZIA E ADOLESCENZA  
LUNIGIANA (101)**

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

**101\_1TZB1131 U.F. SERT ZONA LUNIGIANA (101)**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

33,7

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

13,8

12,4

B7	Copertura vaccinale	B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	11,20	25,00	2,3	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	1,0		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	consuntivo da verificare	80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0		Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	99,38 consuntivo da verificare	98,50	4,6	12	99,46	1	1%	100%		4,6	M	dato estratto da Infoview regionale
		B8.4.23	% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%		1,7		dati estratti da infoview regionale
		B8.4.25	% di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%		1,7		dati estratti da infoview regionale
		B8.4.27	Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	1,7	12	100,00	0	0%	100%		1,7		dati estratti da infoview regionale
		B8.4.28	Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	1,7	12	101,74	2	2%	100%		1,7	M	dati estratti da infoview regionale
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA							15,5								15,5	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	3,00 consuntivo da verificare	3,00	0,0	12								
		C6.2.1a	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.	consuntivo da verificare	3,00	6,3	12	3,00	0	0%	100%		6,3		Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	6,00 consuntivo da verificare	6,00	5,7	12	7,47	1	25%	100%	5*	5,7	M	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

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

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	5,7	5,7
---	-----	-----

<b>2 - Obiettivi ECONOMICI</b>	<b>10.0</b>	<b>2.0</b>
--------------------------------	-------------	------------

2 - Obiettivi ECONOMICI	10,0	2,0
-------------------------	------	-----

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>	<b>35,0</b>	<b>35,0</b>
---	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI	2,6	2,6
-------------------------	-----	-----

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	2,6	
		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>								

martedì 12 marzo 2019

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

Pagina 37 di 69

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

## 4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

1,8

1,7

P49O08	<u>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</u>	i-P49O08	> si/no		1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		*	1,7
		Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno	relazione Ferri											
P52O16	<u>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN</u>	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: SERT

30,6

30,6

P25O03	<u>Attività di educazione alla salute, di prevenzione e Sanità d'Iniziativa</u>	i-P25O03	> N.		1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%		*	7,0
		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)											
P25O04	<u>Condivisione procedure e buone pratiche</u>	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											
P25O08	<u>Definizione di un comune percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol dipendenti</u>	i-P25O08	> si/no		1,00	7,9	12	1,00	0	0%	100%		*	7,9
		Definizione di un documento per uniformare il percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol entro il .....	inviata procedura											
P25O09	<u>Definizione di una procedura comune per l'invio in comunità degli utenti</u>	i-P25O09	> si/no		1,00	7,9	12	1,00	0	0%	100%		*	7,9
		Definizione di un protocollo per l'invio in comunità degli utenti entro il .....	sentire Varese											
P25O10	<u>Definizione di una procedura/istruzione operativa relativa agli esami tossicologici disposti dall'Autorità Giudiziaria</u>	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	7,9	12	-35,72	-26	257%	100%		*	7,9
		Riduzione spesa del 10% rispetto all'anno 2016		monitoraggio CdG consumi Suboxone: risultato 2017 -16%									

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	> %.		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	
		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	2,00	-1	-33%	30%	3	*	0,6	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											
		- 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 2 verbali di diffusione e monitoraggio 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	
		aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)													

\* = 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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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

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

non è calcolabile, non elaborato

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



**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

101\_1TZB  
1131

**U.F. SERT ZONA LUNIGIANA  
(101)**

Totale pesì

95,0

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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

UO/UF

101\_1TZB1133

**U.F. ASSISTENZA SOCIALE ZONA LUNIGIANA (101)**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

26,2

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

21,5

15,3

B20D	Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT	B20D.1 Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione	< %	3,98	1,65	0,0	12								
consuntivo da verificare															
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio															
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> %	12,35	11,51	3,8	12	12,51	1	9%	100%	5 *	3,8	M	
Gen-Ago 2016 dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	>	10,53	12,85	1,1	12	9,71	-3	-24%	30%	3 *	0,3		
Gen-Ago 2016 dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	>	31,52	44,00	1,1	12	30,47	-14	-31%	0%	1 *	0,0		
Gen-Ago 2016 dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso AD-RSA															
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	>	58,33	95,00	1,1	12	55,55	-39	-42%	30%	3 *	0,3		
Gen-Ago 2016															
		B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	>	41,51	55,00	1,1	12	93,75	39	70%	100%	5 *	1,1	M	
Gen-Ago 2016 dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso AD-RSA															
B7	Copertura vaccinale	B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	11,20	25,00	0,5	12	14,29	-11	-43%	42%	2 *	0,2	M	cio
Dati di zona dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%	*	0,0		cio
consuntivo da verificare Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	2,2	12	99,46	1	1%	100%	*	2,2	M	cio
consuntivo da verificare dato estratto da Infoview regionale															

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.10	> N.	87,93	90,00	3,2	12	77,22	-13	-14%	0%	0,0	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA		consuntivo da verificare				dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona					
		B8.4.23	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	1,1	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali						dati estratti da infoview regionale					
		B8.4.24	> N.	75,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	1,1	M cio
		% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali						dati estratti da infoview regionale					
		B8.4.25	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	1,1	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Residenziali						dati estratti da infoview regionale					
		B8.4.26	> N.		100,00	1,1	12	92,86	-7	-7%	93%	1,0	cio
		% di correttezza RFC ADRSA Residenziali						dati estratti da infoview regionale					
		B8.4.27	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	1,1	cio
		Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)						dati estratti da infoview regionale					
		B8.4.28	> N.	100,00	100,00	1,1	12	101,74	2	2%	100%	1,1	M cio
		Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)						dati estratti da infoview regionale					
		B8.4.3c	> N.	102,34	80,00	1,1	12	100,85	21	26%	100%	1,1	cio
		Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)						dati estratti da infoview regionale					

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,2

7,6

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	127,32	120,00	1,1	12	119,03	-1	-1%	100%	5*	1,1	M
			Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti		Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso SDO							
C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	4,65	1,61	1,1	12	3,48	2	116%	58%	2*	0,6	M
			% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Sett 2016		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	0,00	3,00	0,0								
			Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		consuntivo da verificare									
			> %.		3,00	2,2	12	0,00	-3	-100%	0%		0,0	
			Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo		consuntivo da verificare		Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale							
			> N.	5,99	6,00	2,2	12	7,47	1	25%	100%	5*	2,2	M
			Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		consuntivo da verificare		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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	2,2	12	100,00	0	0%	100%	5 *	2,2	M	cio
															cts

C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,73	0,54	1,6	12	0,55	0	2%	100%	2 *	1,6	M	cio

dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso SDO

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,2	12	23,70	-31	-57%	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	Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12						0 *			cio
															cts

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%		*	1,1	M	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

#### 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.066,35	14.381,73	2,0	12	5.518,52	-8.863	-62%	100%	3 *	2,0		cio
															cts

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

Euro02	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.			8,0	12						*			

obiettivo non pertinente la zona lunigiana: finanziamento annuo a società della salute

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

Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura

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

#### 3 - Obiettivi REGIONALI

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%	1,7	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	2,9	12	1,00	0	0%	100%	2,9	
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: NON AUTOSUFFICIENZA					30,3						26,0	
P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	2,9	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												
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	> %	1,00	2,9	12	0,50	-1	-50%	50%	1,5	
Ricognizione sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territori (definizione entro il 30/09/2017)												
Obiettivo parzialmente raggiunto a seguito delle indicazioni fornite dalla DGRT 1449/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di Vita" effettuato gruppo di lavoro interdipartimentale (o												
P26O09a	Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione; Analizzare il passaggio al	i-P26O09a	> %	1,00	2,9	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017												
In fase di elaborazione il documento tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Servizi Sociali non Autosufficienza Disabilità. considerato che siamo a settembre 2018 è da intendersi non raggiunto												
P26O10	PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O10	> %	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	2,9	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												
P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11	> %	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	2,9	cio
Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili; Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività												

\* = 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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11a PON Inclusion Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
		i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
P26O12	Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare	i-P26O12 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	> %	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	cio
P26O13	Progetto Vita Indipendente ministeriale	i-P26O13 Attuazione/realizzazione progetti e monitoraggio	> %	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	*	3,5	cio
P26O14	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26O14 monitoraggio e rilevazione dati	> %	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	cio

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

### 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Q01c Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Q01d Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio

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)

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

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

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

Valutazione 2017

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 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 cts
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	%	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	* 3	2,0	cio cts
<b>B3az</b>	<b>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</b>	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3*		cio cts
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> %.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%	* 3	2,6	cio cts
		Q11 Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza:trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017	> si/no		1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	* 3	2,6	cio cts
		Q12 Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese	> si/no		1,00	0,0	12					* 3		cio cts

*martedì 12 marzo 2019*

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

Pagina 47 di 69

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

101\_1TZB  
1133

**U.F. ASSISTENZA SOCIALE  
ZONA LUNIGIANA (101)**

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

101\_1TZB1144

## U.F. ASSISTENZA SANITARIA DI COMUNITA' ZONA LUNIGIANA (101)

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

27,5

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

24,2

18,7

<b>B20D</b>	<b>Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT</b>	B20D.1 Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione	< % consuntivo da verificare	3,98 1,65	0,0	12											
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio																	
<b>B22</b>	<b>Attività Fisica Adattata (AFA)</b>	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	2,88 2,81	2,2	12	3,68	1	31%	100%	5	*	2,2				M
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonte Regione Toscana																	
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	6,02 3,32	2,2	12	5,02	2	51%	100%	5	*	2,2				M
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonte Regione Toscana																	
<b>B24</b>	<b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>	B24.1 % Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	> %. consuntivo da verificare	29,61 33,82	0,5	12	16,04	-18	-53%	50%	vr	3	*	0,3			
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisti e non dipendenti dal servizio.																	
<b>B26.1</b>	<b>Sanità d'Iniziativa</b>	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli	> N. Dati di zona	86,01 80,00	2,2	12	86,17	6	8%	100%	4	*	2,2				M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																	
<b>B28</b>	<b>Cure Domiciliari</b>	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	12,35 11,51	1,1	12	12,51	1	9%	100%	5	*	1,1				M
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonte Flusso AD-RSA																	
		B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	> Gen-Ago 2016	10,53 12,85	0,5	12	9,71	-3	-24%	30%	3	*	0,2				
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonte Flusso AD-RSA																	
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	31,52 44,00	0,5	12	30,47	-14	-31%	0%	1	*	0,0				
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonte Flusso AD-RSA																	
<b>B28.3</b>	<b>Assistenza Residenziale</b>	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	58,33 95,00	0,5	12	55,55	-39	-42%	30%	3	*	0,2				

\* = 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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

<b>B28.3</b>	<b>Assistenza Residenziale</b>	B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	>	Gen-Ago 2016	41,51	55,00	0,5	12	93,75	39	70%	100%	5*	0,5	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonte Flusso AD-RSA																
<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione allo screening</b>	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.	112,42 consuntivo da verificare	100,00	1,1	12	131,00	31	31%	100%	vr 5*	1,1	M	cio
dato interno al 2018-08-31 - livello Lunigiana																
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	>	%.	54,06 consuntivo da verificare	60,00	1,1	12	57,90	-2	-4%	100%	vr 5*	1,1	M	cts
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																
<b>B7</b>	<b>Copertura vaccinale</b>	B7.1 Copertura per vaccino MPR	>	%.	89,59 Dati di zona	95,00	0,5	12	90,71	-4	-5%	41%	2*	0,2	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale	>	N.	57,06 Dati di zona	75,00	1,1	12	58,30	-17	-22%	7%	1*	0,1	M	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.3 Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	>	%.	63,73 Dati di zona	95,00	0,5	12	76,70	-18	-19%	62%	2*	0,3	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>	N.	11,20 Dati di zona	25,00	0,5	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	0,2	M	cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																
		B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	>	N.	92,20 Dati di zona	95,00	1,1	12	93,43	-2	-2%	64%	2*	0,7	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.5a Copertura per vaccino antimeningococcico 10-20 anni, con almeno una dose negli ultimi 5 anni	>	N.	59,71 Dati di zona	90,00	2,2	12	87,78	-2	-2%	93%	* 0	2,0	M	cio
		B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	>	N.	93,55 Dati di zona	95,00	0,5	12	82,12	-13	-14%	0%	0*	0,0		cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		B7.7 Copertura per vaccino esavalente	>	N.	95,16 Dati di zona	95,00	0,5	12	95,52	1	1%	100%	3*	0,5	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	consuntivo da verificare	80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%	* 0	0,0		cio
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38 consuntivo da verificare	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%	* 0	0,5	M	cio
dato estratto da Infview regionale																

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 % 2017

B8	Gestione Dati	B8.4.10	> N.	87,93	90,00	1,1	12	77,22	-13	-14%	0%	0	0,0	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	consuntivo da verificare		dato estratto da infoview regionale, livello di calcolo zona									
		B8.4.23	> N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	0	0,5	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.24	> N.	75,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	0	0,5	M cio
		% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.25	> N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	0	0,5	cio
		% di copertura STS11 ADRSA Residenziali	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.26	> N.		100,00	0,0	12					0		cio
		% di correttezza RFC ADRSA Residenziali	Obiettivo n.v. : non pertinente per la struttura											
		B8.4.27	> N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	0	0,5	cio
		Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.28	> N.	100,00	100,00	0,5	12	101,74	2	2%	100%	0	0,5	M cio
		Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	dati estratti da infoview regionale											
		B8.4.3c	> N.	102,34	80,00	0,5	12	100,85	21	26%	100%	0	0,5	cio
		Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	dati estratti da infoview regionale											

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

9,2

7,2

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	127,32	120,00	0,2	12	119,03	-1	-1%	100%	5	0,2	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso SDO									
		C5.1e	< N.	8,51	7,31	0,2	12	11,78	4	61%	0%	1	0,0	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Antonio Abate Fivizzano (MS)									
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	67,15	70,80	0,3	12	68,48	-2	-3%	77%	4	0,2	M cio
		% residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare											
		C11a.1.2b	> %.	55,47	57,90	0,3	12	56,45	-1	-3%	80%	4	0,3	M cio
		% residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare											
		C11a.1.3	> %	52,45	58,80	0,3	12	51,02	-8	-13%	40%	4	0,1	
		% residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare											

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

<b>C11a</b>	<b>Efficacia Assistenziale patologie croniche</b>	C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	57,39 <i>consuntivo da verificare</i>	56,70	0,3	12	57,97	1	2%	100%	4 *	0,3	M
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	60,00 <i>consuntivo da verificare</i>	67,00	0,3	12	54,17	-13	-19%	40%	4 *	0,1	cio
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	47,86 <i>consuntivo da verificare</i>	43,70	0,3	12	42,48	-1	-3%	40%	4 *	0,1	
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	68,80 <i>consuntivo da verificare</i>	67,10	0,3	12	68,76	2	2%	100%	3 *	0,3	
<b>C13</b>	<b>Appropriatezza diagnostica</b>	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	507,53 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	583,73	0,3	12	629,34	46	8%	0%	-1 *	0,0	
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	19,42 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	19,43	0,3	12	15,01	-4	-23%	100%	4 *	0,3	M
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	6,51 <i>consuntivo da verificare</i>	7,62	0,3	12	6,67	-1	-13%	100%	5 *	0,3	
<b>C14</b>	<b>Appropriatezza medica</b>	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	4,65 <i>Gen-Sett 2016</i>	1,61	0,2	12	3,48	2	116%	58%	2 *	0,1	M cio
<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	6,00 <i>consuntivo da verificare</i>	3,00	0,0						*		cio cts
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.	<i>consuntivo da verificare</i>	3,00	1,1	12	7,00	4	133%	100%	*	1,1	cio cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	6,00 <i>consuntivo da verificare</i>	6,00	1,1	12	7,47	1	25%	100%	5 *	1,1	M cio cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00 <i>consuntivo da verificare</i>	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,5	cio cts

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

dato MeS al 2018-05-08, livello AusI 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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C7	Materno Infantile	C7.7R	< %.	5,08	4,50	0.3	12	4,95	0	10%	52%	3 *	0.2	M
		Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario		Gen-Agosto 2016		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana								

C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2	< N.	0,73	0,54	0,3	12	0,55	0	2%	100%	2 *	0,3	M	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti		Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso SDO									

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b	> N.	3,00	1,9	12	2,34	-1	-22%	78%	*	1,5
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	da definire preconsuntivo e budget		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Lunigiana							

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1	>	55,00	1,1	12	23,70	-31	-57%	100%	vr	*	1,1
		Percentuale di risposta all'indagine di clima											
		valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale											

E2	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	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

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	245.821,08	249.173,63	7,0	12	256.368,92	7.195	3%	75%	vr *	5,2	cio
		importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%		scostamento relativamente significativo										cts

scostamento relativamente significativo

Euro02	< €.	0.0	12						*	
Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%	obiettivo non pertinente la zona lunigiana: finanziamento annuo a società della salute								

Euro05	Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<	10.958.005,81	11.652.253,00	8,0	12	10.534.825,74	-1.117.427	-10%	100%	*	8,0	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

### 3 - Obiettivi REGIONALI

\* = 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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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.						
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	0,00	1,3	12	40,25	-50	-55%	45%		0,6	M
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo				dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale						
		RT1a	> %	100,00	1,3	12	100,00	0	0%	100%		1,3	
		E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata ( 1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo				file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera						
		RT1b	> %	39,77	0,0	12	51,46	8	18%	100%		0,0	M
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente ( 1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo				Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing						
							Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2						
B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT12	> si/no	1,00	0,6	12	0,25	-1	-75%	25%		0,2	
		Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG					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%		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)					non valutabile in quanto assenza di monitoraggio						
		RT15	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	
		Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0					CUP 2.0 avviato, solo Pisa non è partita, per valutazione aziendale						
B1c6	Perseguimento delle Strategie regionali: Continuità Assistenziale	RT34a	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	
		Rete piede diabetico: progettazione e possibile erogazione di un primo corso di formazione rivolto congiuntamente ai MMG ed ai diabetologi					Nel corso del 2017 è stato progettato il corso formativo "Prevenzione e cura del piede diabetico: percorsi assistenziali tra territorio e struttura diabetologica." Tale corso ha coinvolto gli specialisti diabetologi, gli infermieri, ed i Medici di medicina						
RT35	Perseguimento delle Strategie regionali: Riorganizzazione	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					Piani Programmazione Operativa Annuale (POA)						

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

<b>RT35</b>	<b><u>Perseguimento delle Strategie regionali:</u></b>	RT35b	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6
	<b><u>Riorganizzazione</u></b>	Predisposizione o attivazione di almeno un corso di autogestione per la cronicità con riferimento alla delibera GR 545/2017 per ogni zona e società della salute										
		In 9 Zone/Distretto della ASL TNO sono stati attivati nel 2017 24 corsi di auto gestione per la cronicità in ottemperanza DGRT 545/17. Nelle altre 3 zone Distretto (Versilia, Apuane e Lunigiana) entro il 2017 sono stati completati i corsi per formato										

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI	1,3	1,3
--	-----	-----

<b>P49O08</b>	<b><u>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</u></b>	i-P49O08	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,3
		Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno										
		relazione Ferri										

4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE	1,9	1,9
---	-----	-----

<b>P49O24</b>	<b><u>Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone. DEU, CUUNN</u></b>	i-P49O24	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,9
		Definire un modello organizzativo unico entro il 31/07/2017										
		import del 2018-09-13 univoci - da avere documento										

4 - Ob Az: CDG	3,8	3,8
----------------	-----	-----

<b>P29O06</b>	<b><u>Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi</u></b>	i-P29O06	> si/no	1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,8
		Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)										
		In fase di prima applicazione, considerando che le verifiche potevano essere svolte in un solo semestre e che tra le tre tipologie di prestazioni l'ADP è quella che presenta la maggiore variabilità, è la tipologia a maggior rischio di inappropriatazza.										

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE	3,8	3,8
--	-----	-----

<b>P27O04</b>	<b><u>ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Mever per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio</u></b>	i-P27O04	> si/no	1,00	0.0	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						</
---------------	---	----------	---------	------	-----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

<b>P27O10</b>	<b>Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA</b>	i-P27O10	> si/no	1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,8
		Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA										
		procedura inviata da A. Gioia										

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA	5,7	5,7
--------------------------------	-----	-----

<b>P26O11</b>	<b>Progetto POR FSE</b>	i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità* :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	>	%	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 2,5	cio
<hr/>														
<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 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	>	%	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,6	cio
<hr/>														
<b>P26O13</b>	<b>Progetto Vita Indipendente ministeriale</b>	i-P26O13 Attuazione/realizzazione progetti e monitoraggio	>	%	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 1,3	cio

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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

### 4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE 11,5 11,5

P28O01	<u>Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni</u>	i-P28O01 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03/2016	> si/no	1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%	*	3,8	
--------	---	--	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

Inviato materiale aggiornato

P28O02	<u>In base ai requisiti (normativa) dei Presidi territoriali procedere alla classificazione su tre livelli e valutare proposte di redistribuzione degli standard in base alla di popolazione</u>	i-P28O02 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 giugno 2016	> si/no	1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%	*	3,8	
--------	--	--	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

Inviato materiale aggiornato

P28O03	<u>Proseguire nei progetti di case della salute</u>	i-P28O03 Monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento del progetto	> si/no	1,00	3,8	12	1,00	0	0%	100%	*	3,8	
--------	---	--	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

Monitoraggio su stato avanzamento realizzato

P28O04	<u>Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto</u>	i-P28O04 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 13,4

#### 5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 13,4

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

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

		Q01c Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui	> %.	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	cio cts
--	--	---	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	------------

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

		Q01d Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):	> %.	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	*	2,2	cio cts
--	--	---	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	------------

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

B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	3,00	2,2	12	2,00	-1	-33%	30%	3	*	0,7	cio cts
------	--	--	------	------	------	-----	----	------	----	------	-----	---	---	-----	------------

verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12

07/4 24/05/2017 - nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget

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



**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

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

Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	1*	2,2	cio	
														cts	
							il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra								
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3*		cio	
														cts	
							monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO								
							Obiettivo annullato								
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> %.		90,00	3,0	12	90,00	0	0%	100%	1*	3,0	cio	
														cts	
							aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)								
		Q12 Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese	> si/no		1,00	0,0	12					1*		cio	
														cts	
							non è calcolabile, non elaborato								

*martedì 12 marzo 2019*

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

Pagina 57 di 69

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

101\_1TZB  
1144

**U.F. ASSISTENZA SANITARIA  
DI COMUNITA' ZONA  
LUNIGIANA (101)**

Totale pesì

100,0

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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

UO/UF

101 1TZB1145

## U.F. CURE PALLIATIVE ZONA LUNIGIANA

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

19,7

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

5,5

2,7

B7	Copertura vaccinale	B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>	N.	11,20	25,00	1,1	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	0,5	M
Dati di zona																
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0	
consuntivo da verificare																
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	2,2	12	99,46	1	1%	100%		2,2	M
consuntivo da verificare																
dato estratto da Infoview regionale																
		B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	>	N.	87,93	90,00	2,2	12	77,22	-13	-14%	0%		0,0	
consuntivo da verificare																
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona																
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA								27,3	14,8							
C28	Cure Palliative	C28.1	Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	>	%	34,90	60,00	4,4	12	34,08	-26	-43%	0%	1*	0,0	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		C28.2	Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	>	%	80,00	90,00	4,4	12	58,82	-31	-35%	0%	-1*	0,0	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
		C28.3	Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni	<	%	9,52	25,00	4,4	12	5,56	-19	-78%	100%	-1*	4,4	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Lunigiana																
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	2,61	3,00	0,0	12							
consuntivo da verificare																
		C6.2.1a	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	>	%.		3,00	3,3	12	0,00	-3	-100%	0%		0,0	
consuntivo da verificare																

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

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 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	6,00	3,3	12	7,47	1	25%	100%	5*	3,3	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	3,3	12	100,00	0	0%	100%	5*	3,3	M	cio
															cts
<b>C8b</b>	<b>Integrazione Ospedale - Territorio</b>	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,73	0,54	2,2	12	0,55	0	2%	100%	2*	2,2	M	cio
<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	2,2	12	2,34	-1	-22%	78%	*	1,7		

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO

dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso SDO

valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Lunigiana

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,1	12	23,70	-31	-57%	100%	vr*	1,1		
		E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12					*			cio
															cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M	cio
															cts

valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale

dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

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

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	0,00	0,00	2,0	12	0,00	0	0%	100%	vr*	2,0		cio
															cts
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.			8,0	12					*			
		Euro05 Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<			0,0	12					*			

scostamento non significativo

obiettivo non pertinente la zona lunigiana: finanziamento annuo a società della salute

Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

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

3 - Obiettivi REGIONALI										17,5	17,5		
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	17,5	12	1,00	0	0%	100%	17,5		
		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.									
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	0,0	12	40,25	-50	-55%	45%	0,0		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale									
		RT1a	> %	100,00	0,0	12	100,00	0	0%	100%	0,0		
		E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata ( 1^ semestre)		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)		Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing									
										Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2			
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI										7,0	7,0		
P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08	> si/no	1,00	7,0	12	1,00	0	0%	100%	7,0		
		Elaborazione cronorpogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno		relazione Ferri									
4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE										10,5	10,5		
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 realta aziendali.(vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)									
P27O10	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27O10	> si/no	1,00	10,5	12	1,00	0	0%	100%	10,5		
		Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA		procedura inviata da A. Gioia									
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA										0,0			
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							
		Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno		In corso approfondimento sul possibile passaggio dall'applicativo Caribel all'applicativo Gesti ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar									
5 - Obiettivi QUALITA'										15,0	14,3		
5 - Obiettivi QUALITA'										15,0	14,3		

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.	0,00	3,00	2,0		1,00	-2	-67%	63%	3*	1,2	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											
		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											
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".

101\_1TZB  
1145

**U.F. CURE PALLIATIVE ZONA  
LUNIGIANA**

Totale pesi

95,0

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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

UO/UF

**101\_1TZB1210 U.F. ATTIVITA' CONSULTORIALI ZONA LUNIGIANA (101)**

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

25,0

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

4,8

4,5

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	112,42	100,00	1,6	12	131,00	31	31%	100%	vr	5 *	1,6	M	cio	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina															cts
		consuntivo da verificare dato interno al 2018-08-31 - livello Lunigiana 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	> %.	54,06	60,00	1,6	12	57,90	-2	-4%	100%	vr	5 *	1,6	M	cio		
		Adesione corretta dello screening cervice uterina															cts
		consuntivo da verificare dato interno al 2018-08-31 - livello Lunigiana 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 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 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	1,1	12	99,46	1	1%	100%		*	1,1	M	cio		
		Corretta identificazione del cittadino															cts
		consuntivo da verificare dato estratto da Infoview regionale															

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,6

17,9

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	4,00	3,00	0,0	12						*		cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	consuntivo da verificare												cts
		C6.2.1a	> %.		3,00	1,6	12	5,00	2	67%	100%		*	1,6	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	1,6	12	7,47	1	25%	100%	5	*	1,6	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	1,6	12	100,00	0	0%	100%	5	*	1,6	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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C7	Materno Infantile	C7.16	> %.	87,50	85,19	6,4	12	84,75	0	-1%	40%	4 *	2,5	
		Accesso area maternità\ del consultorio di donne straniere												dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlussi SPC e CAP
		C7.17	> %.	56,45	40,38	5,3	12	60,00	20	49%	100%	4 *	5,3	M
		% primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita												dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso SPC e Flusso CAP
		C7.18	> %.	88,79	63,33	5,3	12	75,41	12	19%	100%	4 *	5,3	cio
		% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum												dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlussi SPC e CAP
		C7.19.1	> %.	19,84	17,16	5,8	12	15,29	-2	-11%	0%	1 *	0,0	cio
		Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione												dato MeS al 2018-05-08, livello Lunigiana, fonteFlusso SPC

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,6	12	23,70	-31	-57%	100%	vr *	1,6	
		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												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016
		E3	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	* *	1,1	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti												diminuzione rispetto all'anno precedente
														Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live

### 2 - Obiettivi ECONOMICI

						15,0							7,0	
						15,0							7,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	12.671,60	13.341,84	7,0	12	11.903,97	-1.438	-11%	100%	vr *	7,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI												importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%
		Euro02	< €.			8,0	12					* *		scost non significativo
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI												sterilizzato costo per PRESERVCTY
		Euro05	<			0,0	12					* *		obiettivo non pertinente la zona lunigiana: finanziamento annuo a società della salute
		Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT												Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura
														al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %

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

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

35,0

## 3 - Obiettivi REGIONALI

3,6

3,6

<b>B18</b>	<b>Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo</b>	RT5	> si/no	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale											cts
<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>													
<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT1	> %	90,00	0,0	12	40,25	-50	-55%	45%	*	0,0	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale													
		RT1a	> %	100,00	0,0	12	100,00	0	0%	100%	*	0,0	
		E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata ( 1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera													
		RT1b	> %	39,77	43,75	12	51,46	8	18%	100%	*	0,0	M
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente ( 1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing													
Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2													
<b>B1c3</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa</b>	RT29	> si/no	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	
		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: CONSULTORIO

18,6

18,6

<b>P31O02</b>	<b>Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità</b>	i-P31O02	> SI/N O	1,00	9,3	12	1,00	0	0%	100%	*	9,3	cio
		1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura											
buona pratica: tutte le strutture hanno raggiunto l'80% dei requisiti minimi (standard considerato positivo) + almeno 1 requisito di qualità. Tutte le strutture si sono dotate di un DOS (documento organizzativo di struttura)													
<b>P31O04</b>	<b>Audit organizzativi su sistema di Reporting</b>	i-P31O04	> SI/N O	1,00	9,3	12	3,00	2	200%	100%	*	9,3	cio
		Effettuare 3 audit per struttura											
tutte le zone ad eccezione vdc che non ha allegato niente													
<b>P31O08</b>	<b>Percorso nascita :prenotazione delle visite e prestazioni di controllo direttamente dal consultorio/ostetrica</b>	i-P31O08	> SI/N O	1,00	0,0	12					*		cio
		% di donne che dichiarano che vengono prenotate direttamente dal personale del consultorio											
Obiettivo già valutato nell'RT29													

## 4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA

12,9

12,9

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

P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01	>	SI/N O	1,00	12,9	12	1,00	0	0%	100%		*	12,9		
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	cio	
		Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													cts
		Q01c	>	%.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	cio	
		Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualita' e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													cts
		Q01d	>	%.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	cio	
		Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	0,00	3,00	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,0	M	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbalì da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				22/06/2017 20/12/2017 19/10 - nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget									cts
		Q04	>	%	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	cio	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)				il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra									cts
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	>	N.	81,54	82,00	12					3	*		cio	
		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													cts
		Obiettivo annullato														
C6c	Rischio Clinico	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	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)													cts

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

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".

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

101\_1TZB  
1210

**U.F. ATTIVITA'  
CONSULTORIALI ZONA  
LUNIGIANA (101)**

Totale pesi

100,0

Pesi  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

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

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

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