

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

ZD11

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Responsabile: Donatella Pagliacci

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".*

ZD11

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Responsabile:

Macrostruttura

ZD11 ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

23,0

16,4

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	2,90	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	2,77	2,81	1,6	12	2,77	0	-2%	50%	5	*	0,8	cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteRegione Toscana															
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	1,77	3,32	2,1	12	2,65	-1	-20%	87%	3	*	1,8	M cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, 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	33,27	-1	-2%	100%	3	*	0,5	M
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assitata da MMG aderenti ai moduli	> N. Dati di zona	96,21	80,00	1,6	12	97,36	17	22%	100%	5	*	1,6	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Val di Cornia															
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	6,53	11,51	1,1	12	6,45	-5	-44%	20%	2	*	0,2	
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, 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	5,65	12,85	0,9	12	7,11	-6	-45%	40%	2	*	0,3	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	66,56	44,00	0,9	12	72,26	28	64%	100%	4	*	0,9	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso AD-RSA															
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	0,00	95,00	0,5	12	50,00	-45	-47%	73%	2	*	0,4	M
		B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 qg dalla presa in carico	> Gen-Ago 2016	52,17	55,00	0,5	12	55,13	0	0%	100%	2	*	0,5	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso AD-RSA															

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

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

Valutazione 2017

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B8	Gestione Dati	B8.4.23 % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,3	cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.24 % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	> N.	25,00	100,00	0,5	12	50,00	-50	-50%	33%	*	0,2	M cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,3	cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.		100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,3	cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	*	0,3	cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	0,3	12	101,74	2	2%	100%	*	0,3	M cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	102,34	80,00	0,5	12	100,85	21	26%	100%	*	0,5	cio
dati estratti da infoview regionale														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,0

7,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	121,93 Gen-Ottobre 2016	120,00	0,2	12	122,80	3	2%	50%	5	0,1	
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SDO														
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	7,42 consuntivo da verificare	7,31	0,2	12	7,98	1	9%	40%	4	0,1	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)														
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	53,35 consuntivo da verificare	70,80	0,3	12	68,37	-2	-3%	100%	4	0,3	M cio
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	35,11 consuntivo da verificare	57,90	0,3	12	48,05	-10	-17%	97%	4	0,3	M cio
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	55,31 consuntivo da verificare	58,80	0,3	12	52,63	-6	-10%	40%	4	0,1	
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	45,38 consuntivo da verificare	56,70	0,3	12	47,32	-9	-17%	57%	4	0,2	M

* = 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 VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	> %.	46,17	67,00	0,3	12	67,36	0	1%	100%	4 *	0,3	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		consuntivo da verificare											
		C11a.2.3	>	40,66	43,70	0,3	12	40,11	-4	-8%	40%	4 *	0,1		
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina		consuntivo da verificare											
		C11a.5.1	> %	66,38	67,10	0,3	12	62,23	-5	-7%	30%	3 *	0,1		
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.		consuntivo da verificare											
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	639,61	583,73	0,2	12	624,39	41	7%	27%	-1 *	0,1	M	
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini		Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SPA									
		C13.2.2.1	< %.	12,18	12,19	0,2	12	13,25	1	9%	50%	5 *	0,1		
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)		Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SPA									
		C13.2.2.2	< %.	11,38	7,62	0,2	12	9,58	2	26%	48%	1 *	0,1	M	
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi		consuntivo da verificare		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SPA									
C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	3,01	1,61	0,2	12	2,58	1	60%	61%	3 *	0,1	M	cio
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)		Gen-Sett 2016		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)									
C15	Salute Mentale	C15.2	> %.	50,00	54,50	0,7	12	50,00	-5	-8%	20%	2 *	0,1		cio
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero		Gen-Agosto 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Sistema Informativo Regionale Flussi SDO e SISM - RFC160									
		C8a.13.2	< %	0,00	4,40	0,7	12	5,13	1	17%	20%	2 *	0,1		
		Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche		Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)									
		C8a.13a	< %	9,76	4,29	2,1	12	5,88	2	37%	100%	3 *	2,1	M	
		Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche		Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SDO									
C17	Riabilitazione	C17.1.1	< N.	1,66	1,94	0,0	12	1,71	0	-12%	100%	3 *	0,0		
		Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56		Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SDO									
						Obiettivo annullato: non pertinente per le zone									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1a	> %.		18,00	1,1	12	17,00	-1	-6%	94%		1,0		cio
		Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo		consuntivo da verificare											
						Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale									

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	25,00	6,00	0,5	12	7,47	1	25%	100%	5 *	0,5		
				consuntivo da verificare				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	5 *	0,3		
				consuntivo da verificare											
C7	Materno Infantile	C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	34,08	63,33	0,3	12	74,60	11	18%	100%	4 *	0,3	M	
				Gen-Agosto 2016				dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlussi SPC e CAP							
		C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	4,02	4,50	0,3	12	4,19	0	-7%	100%	4 *	0,3		
				Gen-Agosto 2016				dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Val di Cornia							
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,40	0,54	0,3	12	0,67	0	24%	0%	1 *	0,0		
				Gen-Ottobre 2016				dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SDO							
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,0	12	2,51	0	-16%	84%		0,8		
				da definire preconsuntivo e budget				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Val di Cornia							
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA															
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,5	12	52,70	-2	-4%	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	11,04	0,0	12					0 *			
				Consuntivo 2015 ex asl				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016							
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	0,5	12	713,00	-82	-10%	100%		0,5	M	
				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								15,0	
2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0								15,0	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	457.993,66	479.708,79	2,0	12	426.494,16	-53.215	-11%	100%	3 *	2,0	M	
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%											
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	3.267.449,49	3.267.449,49	8,0	12	3.221.193,43	-46.256	-1%	100%		8,0	M	
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%											

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro05 Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<	12.225.235,88	12.233.715,00	5.0	12	12.135.362,78	-98.352	-1%	100%	*	5.0	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

35,0

31,5

3 - Obiettivi REGIONALI

12,3

11,0

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	>	%	87,50	90,00	0.6	12	50,00	-40	-44%	0%	*	0.0
		da aggiornare pre-consuntivo dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale												

RT1a	>	%	100,00	0.6	12	87,50	-13	-13%	87%	*	0.5
E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)			da aggiornare pre-consuntivo		file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera						

RT1b	>	%	39,77	43,75	0.6	12	51.46	8	18%	100%	*	0.6	M
E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo											
Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing													

Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2

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									

		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	si/no	1,00	0,0	12					*	
				non valutabile in quanto assenza di monitoraggio									

B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT15	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
		Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0 <i>CUP 2.0 avviato, solo Pisa non è partita, per valutazione aziendale</i>										
		RT29	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
		Percorso nascita: prenotazione delle visite e prestazioni di controllo direttamente dal consultorio/ostetrica (% di donne che dichiarano che vengono prenotate direttamente dal personale del consultorio) <i>relazione maranto</i>										
B1c6	Perseguimento delle Strategie regionali: Continuità Assistenziale	RT33	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		Attivazione delle agenzie di continuità Ospedale Territorio a livello di zona distretto per le aziende USL e a livello di presidio per le aziende ospedaliere - costituzione formale dell'Agenzia di Continuità e delle procedure di gestione dei percorsi <i>Sono state costituite con atti formali le ACOT in ogni Zona Distretto, compreso quella Pisana integrandola con quella ospedaliera in un'unica ACOT</i>										
		RT34a	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
		Rete piede diabetico: progettazione e possibile erogazione di un primo corso di formazione rivolto congiuntamente ai MMG ed ai diabetologi <i>Nel corso del 2017 è stato progettato il corso formativo "Prevenzione e cura del piede diabetico: percorsi assistenziali tra territorio e struttura diabetologica." Tale corso ha coinvolto gli specialisti diabetologi, gli infermieri, ed i Medici di medicina</i>										
B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT16	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
		Percorso Superamento OPG: presa in carico dei pazienti di propria competenza ed attivazione del relativo progetto personalizzato (da valutare positivamente il limitato ricorso alle REMS e la predisposizione di percorsi alternativi) <i>Relazione REMS firma DS</i>										
		RT17	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
		Attuazione della Libera scelta in RSA <i>Le zone hanno iniziato nel 2016 un lavoro propedeutico all'attivazione della DRG 995 del 2016, per la messa a regime nel 2017</i>										
RT35	Perseguimento delle Strategie regionali: Riorganizzazione	RT35a	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		Predisposizione piano operativo 2017/2018 per la programmazione di ogni zona e società della salute <i>Piani Programmazione Operativa Annuale (POA)</i>										
		RT35b	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		Predisposizione o attivazione di almeno un corso di autogestione per la cronicità con riferimento alla delibera GR 545/2017 per ogni zona e società della salute <i>In 9 Zone/Distretto della ASL TNO sono stati attivati nel 2017 24 corsi di auto gestione per la cronicità in ottemperanza DGRT 545/17. Nelle altre 3 zone Distretto (Versilia, Apuane e Lunigiana) entro il 2017 sono stati completati i corsi per formato</i>										
RT36	Perseguimento delle Strategie regionali: Sanità d'Iniziativa	RT36	> si/no	1,00	0,0	12					*	
		Assegnazione di risorse alle AFT come da accordo specifico per l'avvio del progetto da parte Direzioni aziende Territoriali. <i>L'assegnazione delle risorse alle AFT era legata all'avvio del nuovo modello della Sanità d'Iniziativa DGRT 930/2017, che ha avuto uno Stop a livello regionale. La progettualità a livello aziendale è stata comunque portata avanti per la preparazione del do</i>										

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

2,4

2,4

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08 Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
<i>relazione Ferri</i>													
P52O15	Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo	i-P52O15 Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
<i>import del 2018-09-13 - Il Dipartimento Amministrativo è stato certificato nel 2018</i>													
P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	
<i>la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.</i>													
P52O28	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52O28 Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta	> si/no	1,00	0,0	12					*		
<i>non valutabile in quanto assenza di monitoraggio</i>													
4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE					0,6								0,6
P49O24	Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone, DEU, CUUNN	i-P49O24 Definire un modello organizzativo unico entro il 31/07/2017	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
<i>import del 2018-09-13 univoci - da avere documento</i>													
4 - Ob Az: CDG					0,5								0,5
P29O06	Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi	i-P29O06 Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)	> si/no	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	
<i>In fase di prima applicazione, considerando che le verifiche potevano essere svolte in un solo semestre e che tra le tre tipologie di prestazioni l'ADP è quella che presenta la maggiore variabilità, è la tipologia a maggior rischio di inappropriatazza.</i>													
4 - Ob Az: CONSULTORIO					1,2								0,6
P31O02	Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità	i-P31O02 1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura	> SI/N O	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	cio
<i>buona pratica: tutte le strutture hanno raggiunto l'80% dei requisiti minimi (standard considerato positivo) + almeno 1 requisito di qualità. Tutte le strutture si sono dotate di un DOS (documento organizzativo di struttura)</i>													
P31O04	Audit organizzativi su sistema di Reporting	i-P31O04 Effettuare 3 audit per struttura	> SI/N O	1,00	0,6	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	cio
<i>tutte le zone ad eccezione vdc che non ha allegato niente</i>													
4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA					0,6								0,6
P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01 Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)	> SI/N O	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	
<i>definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali</i>													
4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE					0,8								0,8

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

P27O04	ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio	i-P27O04	>	si/no	1,00	0,0	12		1,00	0	0%		*		
Stesura del progetto entro 31/12/2017															
Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali. (vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)															
P27O10	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27O10	>	si/no	1,00	0,8	12		1,00	0	0%	100%		*	0,8
Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA															
procedura inviata da A. Gioia															
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA															
6,0															
5,1															
P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	>	%	1,00	0,6	12		1,00	0	0%	100%		*	0,6
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							*	
Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno															
In corso approfondimento sul possibile passaggio dall'applicativo Caribel all'applicativo Gestì ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar															
P26O07	Rivalutare l'offerta del modulo motorio in base alla delibera che prevede la gratuità dei primi 15 gg post frattura di femore e valutare la possibilità di implementare PL nelle Cure Intermedie in sostituzione dei PL ex art. 26 nei casi di inappropriate	i-P26O07	>	%	1,00	0,0	12							*	
Relazione da inviare alla Direzione Aziendale alla luce della DGRT n. 679 del 12/07/2016 e del POR FSE															
l'obiettivo non era assegnato alla riabilitazione															
P26O09	Organizzare le Commissioni di Valutazione per la Disabilità UVMD per la disabilità secondo il modello della Lunigiana uniformando il sistema degli accessi, la modulistica ed il sistema di valutazione;	i-P26O09	>	%	1,00	0,6	12		0,50	-1	-50%	50%		*	0,3
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	0,6	12		0,00	-1	-100%	0%		*	0,0
Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017															
In fase di elaborazione il documento tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Servizi Sociali non Autosufficienza Disabilità. considerato che siamo a settembre 2018 è da intendersi non raggiunto															
P26O10	PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O10	>	%	1,00	0,6	12		1,00	0	0%	100%		*	0,6
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	0,6	12		1,00	0	0%	100%		*	0,6
Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività															
i-P26O11a															
> %															
1,00															
0,6															
12															
1,00															
0															
0%															
100%															
0,6															
PON Inclusione Sociale e SIA															
:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività															

martedì 12 marzo 2019

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P26O11	Progetto POR FSE	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	0,0	12					*		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 Direttori DP, Professioni sanitarie ADULTI	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. Dip. Farmaco	1,00	0,7	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
		i-P24O05a Incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco	> N. Dip. Farmaco	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	sentire Sarlo
P24O07	Tempi di attesa visite psichiatriche	i-P24O07 Rispetto dei tempi di attesa per la visita psichiatrica	> N.	1,00	0,0	12					*		accesso diretto
P24O08	Uniformare le modalità di accesso nell'applicazione del ticket per le visite psichiatriche	i-P24O08 Procedura uniforme per tutta l'ATNO sulle modalità di accesso	> N.	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	

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

4 - Ob Az: SERT					4,2								4,2
P25O03	Attività di educazione alla salute, di prevenzione e Sanità d'Iniziativa	i-P25O03 Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG	> N.	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
					L'evento è stato realizzato in quasi tutte le zone (ad eccezione della valdera)								
P25O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no SMIA e SMA	1,00	0,0	12						*	
					posticipato al 2018								
P25O08	Definizione di un comune percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol dipendenti	i-P25O08 Definizione di un documento per uniformare il percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol entro il	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
					inviata procedura								
P25O09	Definizione di una procedura comune per l'invio in comunità degli utenti	i-P25O09 Definizione di un protocollo per l'invio in comunità degli utenti entro il	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,2
					sentire Varese								
P25O10	Definizione di una procedura/istruzione operativa relativa agli esami tossicologici disposti dall'Autorità Giudiziaria	i-P25O10 Definizione di una procedura/istruzione operativa entro il	> si/no	1,00	0,0	12						*	
					eliminato per le zone								
P25O11	Convenzione unica con AOU Pisana per esami tossicologici relativi agli accertamenti sui lavoratori a rischio	i-P25O11 Definizione di una procedura/istruzione operativa	> si/no	1,00	0,0	12						*	
					nessuna evidenza della procedura, sentire Varese								
P25O12	Applicazione raccomandazioni della CTR sulla terapia della dipendenza da oppiacei	i-P25O12 Riduzione spesa del 10% rispetto all'anno 2016	< %	-10,00	0,6	12	-16,16	-6	62%	100%		*	0,6
					Obiettivo annullato monitoraggio CdG consumi Suboxone: risultato 2017 -16%								
4 - Ob Az: SMIA					1,0								1,0
P24O02a	Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)	i-P24O02a 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
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 1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre)	> SI/N O	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5
4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE					1,8								1,8
P28O01	Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni	i-P28O01 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03/2016	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6
					Inviato materiale aggiornato								

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P28O02	<u>In base ai requisiti (normativa) dei Presidi territoriali procedere alla classificazione su tre livelli e valutare proposte di redistribuzione degli standard in base alla di popolazione</u>	i-P28O02	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	Inviato materiale aggiornato
P28O03	<u>Proseguire nei progetti di case della salute</u>	i-P28O03	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	Monitoraggio su stato avanzamento realizzato
P28O04	<u>Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto</u>	i-P28O04	> si/no	1,00	0,0	12					*		Attualmente in corso l'espletamento delle fasi operative della gara per l'acquisto della strumentazione necessaria per la refertazione adistanza per le 10 AFT del territorio della ex ASL 5 , e per SPDC

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	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)	cio
		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)	cts
		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)	cio
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02	> N.	13,00	3,00	12	1,00	-2	-67%	30%	3	0,6	(contrattazione) - 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	cio
		Q04	> %		1,00	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra	cts
B3az	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	Q02a	> N.	81,54	82,00	12					3		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO	cio
													Obiettivo annullato	cts

* = 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 VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

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

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

non è calcolabile, non elaborato

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
ZD11	ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA	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)

ZD11VDC

ZONA DISTRETTO VDC

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

106_TP00ASO U.F. PERCORSI ASS. SOCIALI VDC (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

21,5

16,6

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	2,90	1,65	0,0	12									
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio																
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	6,53	11,51	2,2	12	6,45	-5	-44%	20%	2 *	0,4			
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, 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	5,65	12,85	2,2	12	7,11	-6	-45%	40%	2 *	0,9		M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso AD-RSA																
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	66,56	44,00	2,2	12	72,26	28	64%	100%	4 *	2,2		M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso AD-RSA																
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	0,00	95,00	2,2	12	50,00	-45	-47%	73%	2 *	1,6		M	
		B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	> Gen-Ago 2016	52,17	55,00	2,2	12	55,13	0	0%	100%	2 *	2,2		M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso AD-RSA																
B7	Copertura vaccinale	B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N. Dati di zona	11,20	25,00	1,1	12	14,29	-11	-43%	42%	2 *	0,5		M	cio cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %. consuntivo da verificare		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)	> %. consuntivo da verificare	99,38	98,50	1,1	12	99,46	1	1%	100%		*	1,1	M	cio cts
dato estratto da Infoview regionale																

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B8	Gestione Dati	B8.4.10 Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	73,20 <i>consuntivo da verificare</i>	90,00	1,1	12	90,75	1	1%	100%	*	1,1	M	cio
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona															
		B8.4.23 % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1		cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.24 % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	> N.	25,00	100,00	1,1	12	50,00	-50	-50%	33%	*	0,4	M	cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1		cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.		100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1		cio
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	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															
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	102,34	80,00	1,1	12	100,85	21	26%	100%	*	1,1		cio
dati estratti da infoview regionale															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,2

5,4

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	121,93 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	120,00	1,1	12	122,80	3	2%	50%	5	*	0,5	
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SDO															
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	7,42 <i>consuntivo da verificare</i>	7,31	0,5	12	7,98	1	9%	40%	4	*	0,2	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)															
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	3,01 <i>Gen-Sett 2016</i>	1,61	0,5	12	2,58	1	60%	61%	3	*	0,3	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	0,00 <i>consuntivo da verificare</i>	3,00	0,0	12					*			cio
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	2,2	12	0,00	-3	-100%	0%	*	0,0		cio
Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale															

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	0,00	6,00	2,2	12	7,47	1	25%	100%	5 *	2,2	M	cio
															cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	2,2	12	100,00	0	0%	100%	5 *	2,2		cio
															cts
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,40	0,54	1,6	12	0,67	0	24%	0%	1 *	0,0		cio

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,2	12	52,70	-2	-4%	100%	vr *	2,2		
		E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12					0 *			cio
															cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M	cio
															cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	0,00	20,54	2,0	12	0,00	-21	-100%	100%	3 *	2,0		cio
															cts
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	2.011.289,12	2.011.289,12	8,0	12	2.206.055,51	194.766	10%	100%	vr *	8,0		
		Euro05 Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<			0,0	12					*			

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale													
'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.													

B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT17	> si/no	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	cts
Attuazione della Libera scelta in RSA													
Le zone hanno iniziato nel 2016 un lavoro propedeutico all'attivazione della DRG 995 del 2016, per la messa a regime nel 2017													

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		0,6	
Elaborazione cronoprogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronoprogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno													
relazione Ferri													

P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		1,3	
Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN													
la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.													

P52O28	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52O28	> si/no	1,00	0,0	12							
Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta													

non valutabile in quanto assenza di monitoraggio

4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA

P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01	> SI/N O	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		2,5	
Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)													
definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVM) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali													

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%		3,2	cio
Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017													
Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018													

P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	1,00	0,0	12							cio
Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno													
In corso approfondimento sul possibile passaggio dall'applicativo Caribel all'applicativo Gestì ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar													

P26O07	Rivalutare l'offerta del modulo motorio in base alla delibera che prevede la gratuità dei primi 15 gg post frattura di femore e valutare la possibilità di implementare PL nelle Cure Intermedie in sostituzione dei PL ex art. 26 nei casi di inappropriate	i-P26O07	> %	1,00	0,0	12							
Relazione da inviare alla Direzione Aziendale alla luce della DGRT n. 679 del 12/07/2016 e del POR FSE													
l'obiettivo non era assegnato alla riabilitazione													

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P26O09	Organizzare le Commissioni di Valutazione per la Disabilità UVMD per la disabilità secondo il modello della Lunigiana uniformando il sistema degli accessi, la modulistica ed il sistema di valutazione;	i-P26O09	> %	1,00	2,5	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	1,3	
		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	3,2	12	0,00	-1	-100%	0%	<input type="checkbox"/>	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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	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	3,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,2	cio
		Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili; Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività											
		i-P26O11a	> %	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,2	cio
		PON Inclusione Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività											
		i-P26O11b	> %	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,3	cio
		Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività											
		i-P26O11c	> %	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>		cio
		Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità											
P26O12	Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare	i-P26O12	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	cio
		Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016											
P26O13	Progetto Vita Indipendente ministeriale	i-P26O13	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	cio
		Attuazione/realizzazione progetti e monitoraggio											
P26O14	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26O14	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,5	cio
		monitoraggio e rilevazione dati											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

12,4

15,0

12,4

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	0,00	3,00	3,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,1	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)												cts
		Q04	> %		1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)												cts
C6c	Rischio Clinico	Q10	> %.		90,00	3,7	12	90,00	0	0%	100%		3,7	cio
		Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato												cts
		Q11	> si/no		1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%		3,7	cio
		Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza:trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017												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

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_TP00	U.F. PERCORSI ASS. SOCIALI	Totale pesi		Per il punteggio finale si veda il report riepilogativo per dipartimenti e UU.OO.	
ASO	VDC (106)	95,0			

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

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

UO/UF

106 TP00CON

U.F. ATTIVITA' CONSULTORIALE VDC (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

30,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,9

4,6

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	100,96	100,00	1,6	12	101,40	1	1%	100%	vr	5 *	1,6	M	cio	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina															cts
		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	> %.	59,92	60,00	1,6	12	59,10	-1	-2%	100%	vr	5 *	1,6	M	cio		
		Adesione corretta dello screening cervice uterina															cts
		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
		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
		dato estratto da Infoview regionale															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

26,8

22,4

[illegible]

* = 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 VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C7	Materno Infantile	C7.16 Accesso area maternità\ del consultorio di donne straniere	> %.	76,54	90,57	5,5	12	84,06	-7	-7%	94%	4 *	5,1	M
			obiettivo: mantenimento 2015		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlussi SPC e CAP									
		C7.17 % primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	> %.	1,21	46,32	6,0	12	72,61	26	57%	100%	5 *	6,0	M
			obiettivo: mantenimento 2015		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SPC e Flusso CAP									
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	34,08	63,33	6,6	12	74,60	11	18%	100%	4 *	6,6	M
			Gen-Agosto 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlussi SPC e CAP									
		C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	> %.	24,07	37,16	5,5	12	26,27	-11	-29%	47%	3 *	2,6	M
			obiettivo: mantenimento 2015		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SPC									

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	0,0	12					*		
			da definire preconsuntivo e budget		obiettivo non pertinente per le strutture									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,2	12	52,70	-2	-4%	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
			Consuntivo 2015 ex asl		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016									
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M
			diminuzione rispetto all'anno precedente		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	< €.	2.714,53	8.464,12	7,0	12	7.755,40	-709	-8%	100%	3 *	7,0	cio
			importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%											
		Euro05 Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<			0,0	12					*		cts
			al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura									

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

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

3 - Obiettivi REGIONALI										3,7	3,7	
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	1,5	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		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	50,00	-40	-44%	56%	0,0	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale								
		RT1a	> %	100,00	0,0	12	87,50	-13	-13%	87%	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												
B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT29	> si/no	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%	2,2	
		Percorso nascita: prenotazione delle visite e prestazioni di controllo direttamente dal consultorio/ostetrica (% di donne che dichiarano che vengono prenotate direttamente dal personale del consultorio)		relazione maranto								
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					0,0	0,0						
P52015	Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo	i-P52015	> si/no	1,00	0,0	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
		Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo		obiettivo non valutabile: non pertinente per la struttura non avendo servizi da liquidare								
P52016	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52016	> si/no	1,00	0,0	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
		Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN		obiettivo non valutabile: non pertinente per la struttura non avendo servizi da liquidare								
4 - Ob Az: CONSULTORIO					17,9	8,9						
P31002	Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità	i-P31002	> SI/N O	1,00	8,9	12	1,00	0	0%	100%	8,9	
		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)								
P31004	Audit organizzativi su sistema di Reporting	i-P31004	> SI/N O	1,00	8,9	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
		Effettuare 3 audit per struttura		tutte le zone ad eccezione vdc che non ha allegato niente								

* = 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 VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

Obiettivo già valutato nell'RT29

4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA

13,4

13,4

P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01	> SI/N O	1,00	13,4	12	1,00	0	0%	100%	*	13,4	
		Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)											

definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

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

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

		Q01c	> %.	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											cts

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

		Q01d	> %.	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):											cts

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	4,00	3,00	2,0	12	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)												cts

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

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

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

il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3		cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)												cts

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

Obiettivo annullato

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

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

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

non è calcolabile, non elaborato

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_TP00 CON	U.F. ATTIVITA' CONSULTORIALE VDC (106)	Totale pesi		92,0	

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

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

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

UO/UF

106_TP00DIS

U.F. CURE PRIMARIE VDC (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

22,4

16,0	
------	--

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	< %	2,90	1,65	0,0	12								
consuntivo da verificare															
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.	2,77	2,81	2,2	12	2,77	0	-2%	50%	5*	1,1		cts
Dati di zona															
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteRegione Toscana															
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	1,77	3,32	2,2	12	2,65	-1	-20%	87%	3*	1,9	M	cts
Dati di zona															
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteRegione Toscana															
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1 % Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	> %.	29,61	33,82	0,5	12	33,27	-1	-2%	100%	3*	0,5	M	
consuntivo da verificare															
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assitita da MMG aderenti ai moduli	> N.	96,21	80,00	1,6	12	97,36	17	22%	100%	5*	1,6	M	
Dati di zona															
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Val di Cornia															
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> %	6,53	11,51	1,1	12	6,45	-5	-44%	20%	2*	0,2		
Gen-Ago 2016															
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	>	5,65	12,85	0,5	12	7,11	-6	-45%	40%	2*	0,2	M	
Gen-Ago 2016															
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	>	66,56	44,00	0,5	12	72,26	28	64%	100%	4*	0,5	M	
Gen-Ago 2016															
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso AD-RSA															
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	>	0,00	95,00	0,5	12	50,00	-45	-47%	73%	2*	0,4	M	
Gen-Ago 2016															
		B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 qd dalla presa in carico	>	52,17	55,00	0,5	12	55,13	0	0%	100%	2*	0,5	M	
Gen-Ago 2016															
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso AD-RSA															

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

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

Valutazione 2017

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B8	Gestione Dati	B8.4.23 % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	*	0,5	cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.24 % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	> N.	25,00	100,00	0,0	12					*		cio
Obiettivo n.v. : non pertinente per la struttura														
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	*	0,5	cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.		100,00	0,0	12					*		cio
Obiettivo n.v. : non pertinente per la struttura														
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	*	0,5	cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	0,5	12	101,74	2	2%	100%	*	0,5	M cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	102,34	80,00	0,5	12	100,85	21	26%	100%	*	0,5	cio
dati estratti da infoview regionale														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,0

7,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	121,93	120,00	0,2	12	122,80	3	2%	50%	5	0,1	
Gen-Ottobre 2016 dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonte Flusso SDO														
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	7,42	7,31	0,2	12	7,98	1	9%	40%	4	0,1	
consuntivo da verificare dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)														
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	53,35	70,80	0,3	12	68,37	-2	-3%	100%	4	0,3	M cio
consuntivo da verificare														
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	35,11	57,90	0,3	12	48,05	-10	-17%	97%	4	0,3	M cio
consuntivo da verificare														
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	55,31	58,80	0,3	12	52,63	-6	-10%	40%	4	0,1	
consuntivo da verificare														
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	45,38	56,70	0,3	12	47,32	-9	-17%	57%	4	0,2	M
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 VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	46,17 <i>consuntivo da verificare</i>	67,00	0,3	12	67,36	0	1%	100%	4 *	0,3	M	cio
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	40,66 <i>consuntivo da verificare</i>	43,70	0,3	12	40,11	-4	-8%	40%	4 *	0,1		
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	66,38 <i>consuntivo da verificare</i>	67,10	0,3	12	62,23	-5	-7%	30%	3 *	0,1		
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	639,61 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	583,73	0,3	12	624,39	41	7%	27%	-1 *	0,1	M	
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	12,18 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	12,19	0,3	12	13,25	1	9%	50%	5 *	0,2		
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	< %.	11,38 <i>consuntivo da verificare</i>	7,62	0,3	12	9,58	2	26%	48%	1 *	0,2	M	
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	3,01 <i>Gen-Sett 2016</i>	1,61	0,2	12	2,58	1	60%	61%	3 *	0,1	M	cio
C28	Cure Palliative	C28.1 Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	> %	48,37	60,00	1,1	12	36,33	-24	-39%	0%	1 *	0,0		
		C28.2 Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	> %	100,00	90,00	1,1	12	100,00	10	11%	100%	-1 *	1,1		
		C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni	< %	40,00	25,00	1,1	12	9,09	-16	-64%	100%	-1 *	1,1	M	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,00 <i>consuntivo da verificare</i>	3,00	0,0	12					*			cio
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	1,1	12	10,00	7	233%	100%	*	1,1		cio

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,00	6,00	0,5	12	7,47	1	25%	100%	5*	0,5	M	cio
				consuntivo da verificare				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,5		cio
				consuntivo da verificare											cts
C7	Materno Infantile	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	4,02	4,50	0,3	12	4,19	0	-7%	100%	4*	0,3		
				Gen-Agosto 2016				dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Val di Cornia							
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,40	0,54	0,3	12	0,67	0	24%	0%	1*	0,0		cio
				Gen-Ottobre 2016				dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonte Flusso SDO							
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,1	12	2,51	0	-16%	84%		0,9		
				da definire preconsuntivo e budget				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Val di Cornia							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,1	12	52,70	-2	-4%	100%	vr	1,1		
								valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale							
		E2 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
								dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata							
		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						15,0							7,0		
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	346.777,46	367.871,11	2,0	12	317.420,61	-50.451	-14%	100%	3*	2,0	M	cio
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%											cts
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.			8,0	12								
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%				obiettivo non pertinente in quanto sulla zona esiste ospedale di comunità a gestione diretta							

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro05 Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<	12.225.235,88	12.233.715,00	5,0	12	12.135.362,78	-98.352	-1%	100%	* 5,0	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

35,0

31,8

3 - Obiettivi REGIONALI

7,5

6,4

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	>	%	90,00	0,6	12	50,00	-40	-44%	56%		0,3		
	da aggiornare pre-consuntivo															
	dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale															
		RT1a	E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)	>	%	100,00	1,2	12	87,50	-13	-13%	87%		1,1		
			da aggiornare pre-consuntivo													
			file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera													
		RT1b	E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)	>	%	39,77	43,75	0,0	12	51,46	8	18%	100%		0,0	M
			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 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									
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	>	si/no	1,00	0,0	12					*	

non valutabile in quanto assenza di monitoraggio

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT15	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	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	Nel corso del 2017 è stato progettato il corso formativo "Prevenzione e cura del piede diabetico: percorsi assistenziali tra territorio e struttura diabetologica." Tale corso ha coinvolto gli specialisti diabetologi, gli infermieri, ed i Medici di medicina
B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT17	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	Le zone hanno iniziato nel 2016 un lavoro propedeutico all'attivazione della DRG 995 del 2016, per la messa a regime nel 2017
RT35	Perseguimento delle Strategie regionali: Riorganizzazione	RT35a	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	Piani Programmazione Operativa Annuale (POA)
		RT35b	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	In 9 Zone/Distretto della ASL TNO sono stati attivati nel 2017 24 corsi di auto gestione per la cronicità in ottemperanza DGRT 545/17. Nelle altre 3 zone Distretto (Versilia, Apuane e Lunigiana) entro il 2017 sono stati completati i corsi per formato
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					1,3							1,2	
P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	relazione Ferri
P52O15	Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo	i-P52O15	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	import del 2018-09-13 - Il Dipartimento Amministrativo è stato certificato nel 2018
P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16	> si/no	1,00	0,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	obiettivo non valutabile: non pertinente per la struttura non avendo servizi da liquidare
P52O28	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52O28	> si/no	1,00	0,0	12					*		non valutabile in quanto assenza di monitoraggio
4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE					0,6							0,6	
P49O24	Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone, DEU, CUUNN	i-P49O24	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	import del 2018-09-13 univoci - da avere documento
4 - Ob Az: CDG					2,5							2,5	

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

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	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	
		Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)											In fase di prima applicazione, considerando che le verifiche potevano essere svolte in un solo semestre e che tra le tre tipologie di prestazioni l'ADP è quella che presenta la maggiore variabilità, è la tipologia a maggior rischio di inappropriatazza,
4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE					1,9							1,9	
P27O04	<u>ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio</u>	i-P27O04	> si/no	1,00	0,0	12					*		
		Stesura del progetto entro 31/12/2017											Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali.(vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)
P27O10	<u>Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA</u>	i-P27O10	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	
		Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA											procedura inviata da A. Gioia
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					15,6							13,4	
P26O05	<u>UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</u>	i-P26O05	> %	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	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	<u>Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.</u>	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	<u>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</u>	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	<u>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;</u>	i-P26O09	> %	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,9	
		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	<u>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</u>	i-P26O09a	> %	1,00	1,2	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	<u>PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</u>	i-P26O10	> %	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	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

* = 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 VAL DI CORNIA

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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
P26O14	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26O14 monitoraggio e rilevazione dati	> %	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5	cio

4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE

					5,6							5,6	
P28O01	Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni	i-P28O01 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03/2016	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	
							Inviato materiale aggiornato						
P28O02	In base ai requisiti (normativa) dei Presidi territoriali procedere alla classificazione su tre livelli e valutare proposte di redistribuzione degli standard in base alla popolazione	i-P28O02 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 giugno 2016	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	
							Inviato materiale aggiornato						
P28O03	Proseguire nei progetti di case della salute	i-P28O03 Monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento del progetto	> si/no	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	
							Monitoraggio su stato avanzamento realizzato						
P28O04	Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto	i-P28O04 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 a distanza per le 10 AFT del territorio della ex ASL 5, e per SPDC						

5 - Obiettivi QUALITA'

					15,0							13,6	
					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 cts
							gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui											
		Q01d	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):											
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,00	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)											
		Q04	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)											
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)											
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											
		Q11	> si/no	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	cio
		Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza:trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017											
		Q12	> si/no	1,00	0,0	12					*		cio
		Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese											

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

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

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

il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra

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

Obiettivo annullato

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

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

non è calcolabile, non elaborato

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_TP00 DIS	U.F. CURE PRIMARIE VDC (106)	Totale pesi		100,0	

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

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

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

UO/UF

106_TP00SAZ

SUPPORTO AMMINISTRATIVO ZONA VAL DI CORNIA

1 - Obiettivi MeS

9,9

9,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,9

4,8

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1	>	%.	1,00	3,0	12				100%	vr		3,0	
% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)															
B8	Gestione Dati	B8.4.1	>	%.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)															
		B8.4.10	>	N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	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															
		B8.4.24	>	N.	1,00	0,1	12				33%	vr	*	0,0	cio
% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali															
		B8.4.25	>	N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
% di copertura STS11 ADRSA Residenziali															
		B8.4.26	>	N.	1,00	0,3	12				100%	vr	*	0,3	cio
% di correttezza RFC ADRSA Residenziali															
		B8.4.27	>	N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)															
		B8.4.28	>	N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)															
		B8.4.3c	>	N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

5,0

5,0

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

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**90,0****90,0****3 - Obiettivi REGIONALI****20,0****20,0**

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

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI**25,0****25,0**

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

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA**45,0****45,0**

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

106_TP00
SAZ

**SUPPORTO AMMINISTRATIVO
ZONA VAL DI CORNIA**

Totale pesì

99,9

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

106 TP00SMA

U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA VDC (106)

1 - Obiettivi MeS

35,0

25,1

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,2

3,6

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
Dati di zona																
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	consuntivo da verificare	80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0	
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
consuntivo da verificare																
dato estratto da Infoview regionale																
		B8.4.23	% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	>	N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%		0,5	
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.25	% di copertura STS11 ADRSA Residenziali	>	N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%		0,5	
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.27	Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	>	N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%		0,5	
dati estratti da infoview regionale																
		B8.4.28	Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	>	N.	100,00	100,00	0,5	12	101,74	2	2%	100%		0,5	M
dati estratti da infoview regionale																
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA								27,6	18,3							
C15	Salute Mentale	C15.1	Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attivita' domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni	>	%.	118,84	120,02	3,7	12	108,88	-11	-9%	0%	-1*	0,0	
dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso Salm																
		C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	>	%.	50,00	54,50	3,7	12	50,00	-5	-8%	20%	2*	0,7	
Gen-Agosto 2016																
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Sistema Informativo Regionale Flussi SDO e SISM - RFC160																

* = 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 VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C15	Salute Mentale	C15.8	<	0,18	0,00	3,7	12	-1,08	-1	-10770 2%	100%	-1*	3,7	M
		Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)											
		C8a.13.2	< %	0,00	4,40	3,7	12	5,13	1	17%	50%	5*	1,9	
		Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Civile Piombino (LI)									
		C8a.13a	< %	9,76	4,29	3,7	12	5,88	2	37%	100%	3*	3,7	M
		Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Val di Cornia, fonteFlusso SDO									
		C8a.5	<	176,76	224,29	3,7	12	164,44	-60	-27%	100%	4*	3,7	M
		Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	2,00	3,00	0,0	12							cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	consuntivo da verificare											
		C6.2.1a	> %.		3,00	1,1	12	2,00	-1	-33%	67%		0,7	cio
		Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	consuntivo da verificare		Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale									
		C6.2.2	> N.	7,00	6,00	1,1	12	7,47	1	25%	100%	5*	1,1	M
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	consuntivo da verificare		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO									
		C6.7.1	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5*	1,1	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	consuntivo da verificare											
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	> N.		3,00	2,1	12	2,51	0	-16%	84%		1,8	
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	da definire preconsuntivo e budget		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Val di Cornia									
I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						3,2	3,2							
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	2,1	12	52,70	-2	-4%	100%	vr	2,1	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima	valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale											
		E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza	Consuntivo 2015 ex asl		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016									
		dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata												

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

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

Euro02	< €.	643.218,37	643.218,37	8,0	12	778.892,15	135.674	21%	100%	vr	*	8,0
Rispeto del vincolo assegnato per consumi di		importi da verificare: budget 2017		Pur avendo rilevato uno sfioramento del budget assegnato si considera raggiunto in quanto								
SERVIZI SANITARI		tendenzialmente uguale al 2015 -1%		collettivamente la zona ha rispettato il budget								


Euro05	<	0.0	12						*	
Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la .%	<i>Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura</i>								

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI	35,0	27,3
---	-------------	-------------

3 - Obiettivi REGIONALI	7,5	6,1
-------------------------	-----	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1.2	12	1,00	0	0%	100%	1.2	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>							

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	100,00	90,00	1,2	12	50,00	-40	-44%	0%	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	1,2	12	87,50	-13	-13%	87%		1,1
<p>E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1° semestre)</p> <p>da aggiornare pre-consuntivo</p> <p>file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera</p>										

RT1b	> %	39,77	43,75	1,2	12	51,46	8	18%	100%	1,2	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

B1c7	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria</u>	RT16	> si/no	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%	*	2,5
		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

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI	2,5	2,5
--	-----	-----

P49O08	<u>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</u>	i-P49O08	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		Elaborazione cronoprogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronoprogramma 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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
		Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN										

la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.

P52O28	<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										

non valutabile in quanto assenza di monitoraggio

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA	3,8	3,7
--------------------------------	-----	-----

P26O11	<u>Progetto POR FSE</u>	i-P26O11	> %	1,00	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1
		Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili: Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività										

cio

		i-P26O11c	> %	1,00	0,0	12					*	
		Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità										

cio

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	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
		Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016										

cio

4 - Ob Az: SALUTE MENTALE	21,2	15,0
---------------------------	------	------

P24O02	<u>Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI</u>	i-P24O02	> si/no	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0
		Documento riferito agli adulti, contenente:1) censimento delle strutture residenziali;2) attribuzione in base alla classificazione regionale;3) valutazione della domanda complessiva 4) valutazione economica: costi per singola struttura e compartecipazioni										

Direttori DP, Professioni sanitarie ADULTI

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

P24O05	<u>Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione</u>	i-P24O05	> N.	1,00	6,2	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
		Incontri periodici con le AFT										

Dip. Farmaco

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

sentire Sarlo

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P24O07	Tempi di attesa visite psichiatriche	i-P24O07 Rispetto dei tempi di attesa per la visita psichiatrica	> N.	1,00	0,0	12						*	
													accesso diretto
P24O08	Uniformare le modalità di accesso nell'applicazione del ticket per le visite psichiatriche	i-P24O08 Procedura uniforme per tutta l'ATNO sulle modalità di accesso	> N.	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%		*	5,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,0

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,0

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016	> %.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	cio cts
													gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
		Q01c 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 seguì	> %.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	cio cts
													gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
		Q01d 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	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	cio cts
													gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	2,6	12	1,00	-2	-67%	63%	3	*	1,7	cio cts
													verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12	
		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 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	2,6	12	90,00	0	0%	100%		*	2,6	cio cts
													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".

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

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

cio
cts

Pagina 50 di 62

106_TP00
SMA

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

Totale pesi

95,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

106_TP00SMI **UNITA' FUNZIONALE SALUTE MENTALE INF. ADOLESC. VDC (106)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

32,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

15,0

12,8	
------	--

B7	Copertura vaccinale	B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	11,20	25,00	3,7	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	1,6	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	3,7	12	99,46	1	1%	100%		3,7	M
consuntivo da verificare dato estratto da Infoview regionale														
		B8.4.23 % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9	
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9	
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9	
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	1,9	12	101,74	2	2%	100%		1,9	M
dati estratti da infoview regionale														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

13,7

13,7

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

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

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

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	3,7	12	100,00	0	0%	100%	5*	3,7	cio
					consuntivo da verificare									cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	3,00	0,0	12						*		
					da definire preconsuntivo e budget									Obiettivo non pertinente per la struttura

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	3,7	12	52,70	-2	-4%	100%	vr	*	3,7	
														valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale
		E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12					0*		cio
					Consuntivo 2015 ex asl									cts
														dato MeS al 2018-05-08, livello Asl NO fonte Conto Annuale del personale 2016
														dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	2,5	12	713,00	-82	-10%	100%	*	2,5	M
					diminuzione rispetto all'anno precedente									cio
														cts
														Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	500,03	684,66	5,0	12	767,73	83	12%	100%	vr	3*	5,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%		scost non significativo										cts
		scostamento non significativo													
		Euro02	< €.	410.681,00	410.681,00	10,0	12	164.457,01	-246.224	-60%	100%		*	10,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	*	1.5	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale								'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.				cts
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	100,00	90,00	1,5	12	50,00	-40	-44%	0%	*	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 Infview regionale				

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1a	> %	100,00	1,5	12	87,50	-13	-13%	87%	<input type="checkbox"/>	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	1,5	12	51,46	8	18%	100%	<input type="checkbox"/>	1,5	M
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)	da aggiornare pre-consuntivo				Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing						

Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

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

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

4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA

P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01	> SI/N O	1,00	9,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	9,0	
		Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)					definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVM) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali						

4 - Ob Az: SMIA

P24O02a	Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)	i-P24O02a	> si/no	1,00	9,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	9,0	
		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	9,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	9,0	
		1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre)											

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	> %.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,6	
		Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016					gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)						

cio
cts

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01c	> %.		1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6		
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	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6		
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	2,6	12	1,00	-2	-67%	63%	3	*	1,7	
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)															
verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12															
nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget															
		Q04	> %		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0		
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)															
60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)															
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra															
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3	*		
CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)															
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO															
Obiettivo annullato															
C6c	Rischio Clinico	Q10	> %.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%	*	2,6		
Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato															
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)															
		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															

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

106_TP00
SMI

**UNITA' FUNZIONALE SALUTE
MENTALE INF. ADOLESC. VDC
(106)**

Totale pesi

100,0

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

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

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

UO/UF

106_TP00TOS **UNITA' FUNZIONALE SERT VDC (106)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

31,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

12,7

11,3

B7	Copertura vaccinale	B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	11,20	25,00	2,5	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	1,1	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	2,5	12	99,46	1	1%	100%		2,5	M
consuntivo da verificare														
dato estratto da Infoview regionale														
		B8.4.23 % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9	
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9	
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9	
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	100,00	100,00	1,9	12	101,74	2	2%	100%		1,9	M
dati estratti da infoview regionale														
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						15,9								13,6
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,00	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	7,0	12	2,00	-1	-33%	67%		4,7	
consuntivo da verificare														
Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	7,00	6,00	6,4	12	7,47	1	25%	100%	5*	6,4	M
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 VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	3,00	0,0	12	2,51	0	-16%	84%		*	0,0	
					da definire preconsuntivo e budget									valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Val di Cornia

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	3,2	12	52,70	-2	-4%	100%	vr	*	3,2	
														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
					Consuntivo 2015 ex asl									cts
														dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016
														dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	3,2	12	713,00	-82	-10%	100%	*	3,2	M
					diminuzione rispetto all'anno precedente									cts
														Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	52.034,61	46.076,07	2,0	12	52.008,56	5.932	13%	60%	vr	3*	1,2	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%												
		scostamento relativamente significativo													
		Euro02	< €.	202.261,00	202.261,00	8,0	12	71.788,76	-130.472	-65%	100%		*	8,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%												
		Euro05	<			0,0	12						*		
		Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %												
			Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura												

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale											cts
<p><i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i></p>													
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	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										
<p><i>Obiettivo N.V. :per DD non effettuano prescrizioni e per le prescrizioni specialistiche essendo spesso in anonimato hanno un percorso diverso</i></p>													
		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										
<p><i>Obiettivo N.V. :per DD non effettuano prescrizioni e per le prescrizioni specialistiche essendo spesso in anonimato hanno un percorso diverso</i></p>													
		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										
<p><i>Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing</i></p>													
<p><i>Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2</i></p>													
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					3,4							3,4	
P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	
		Elaborazione cronoprogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronoprogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno											
P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16	> si/no	1,00	1,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	
		Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN											
P52O28	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52O28	> si/no	1,00	0,0	12							
		Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta											
<p><i>non valutabile in quanto assenza di monitoraggio</i></p>													
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					0,0								
P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11c	> %	1,00	0,0	12							cio
		Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità											
4 - Ob Az: SERT					29,0							29,0	
P25O03	Attività di educazione alla salute,di prevenzione e Sanità d'Iniziativa	i-P25O03	> N.	1,00	6,8	12	1,00	0	0%	100%		6,8	
		Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG	Educazione salute - Dip Prevenzione										
<p><i>L'evento è statorealizzato in quasi tutte le zone (ad eccezione della valdera)</i></p>													

* = 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 VAL DI CORNIA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P25O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no SMA e SMA	1,00	0,0	12							*		posticipato al 2018
P25O08	Definizione di un comune percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol dipendenti	i-P25O08 Definizione di un documento per uniformare il percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol entro il.....	> si/no	1,00	6,8	12	1,00	0	0%	100%		*	6,8	inviata procedura	
P25O09	Definizione di una procedura comune per l'invio in comunità degli utenti	i-P25O09 Definizione di un protocollo per l'invio in comunità degli utenti entro il	> si/no	1,00	6,8	12	1,00	0	0%	100%		*	6,8	sentire Varese	
P25O10	Definizione di una procedura/istruzione operativa relativa agli esami tossicologici disposti dall'Autorità Giudiziaria	i-P25O10 Definizione di una procedura/istruzione operativa entro il	> si/no	1,00	0,0	12						*		eliminato per le zone	
P25O11	Convenzione unica con AOU Pisana per esami tossicologici relativi agli accertamenti sui lavoratori a rischio	i-P25O11 Definizione di una procedura/istruzione operativa	> si/no	1,00	0,0	12						*		nessuna evidenza della procedura, sentire Varese	
P25O12	Applicazione raccomandazioni della CTR sulla terapia della dipendenza da oppiacei	i-P25O12 Riduzione spesa del 10% rispetto all'anno 2016	< %	-10,00	8,5	12	-16,16	-6	62%	100%		*	8,5	Obiettivo annullato monitoraggio CdG consumi Suboxone: risultato 2017 -16%	

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	> %.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	cio
														cts
														gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
		Q01c	> %.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	cio
														cts
														gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
		Q01d	> %.	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	cio
														cts
														gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)

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

ZONA DISTRETTO VAL DI CORNIA

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

Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	2,6	12	1,00	-2	-67%	63%	3*	1,7	nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3*		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
														Obiettivo annullato
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> %.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%	*	2,6	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)
		Q12 Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese	> si/no		1,00	0,0	12					*		non è calcolabile, non elaborato

martedì 12 marzo 2019

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

Pagina 61 di 62

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_TP00	UNITA' FUNZIONALE SERT	Totale pesi		95,0	
TOS	VDC (106)			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)