

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

ZD4

ZONA DISTRETTO VDS

Responsabile: Franco Chierici

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".*

ZD4

ZONA DISTRETTO VDS

Responsabile:

Macrostruttura

ZD4 ZONA DISTRETTO VDS

1 - Obiettivi MeS

35,0

21,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

23,2

13,4

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	8,83	1,65	0,0	12								
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio															
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	1,64	2,81	2,1	12	1,96	-1	-30%	57%	3 *	1,2	M	cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteRegione Toscana															
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	3,79	3,32	1,6	12	3,79	0	14%	100%	4 *	1,6		cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, 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	35,62	2	5%	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	58,29	80,00	1,6	12	58,05	-22	-27%	30%	3 *	0,5		
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio															
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	10,02	11,51	1,1	12	9,79	-2	-15%	40%	4 *	0,4		
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, 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	8,66	12,85	0,9	12	9,58	-3	-25%	52%	3 *	0,4	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	23,11	44,00	0,9	12	26,70	-17	-39%	17%	1 *	0,1	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso AD-RSA															
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	77,78	95,00	0,5	12	87,50	-8	-8%	96%	4 *	0,5	M	
		B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 qg dalla presa in carico	> Gen-Ago 2016	88,24	55,00	0,5	12	75,68	21	38%	100%	4 *	0,5		
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso AD-RSA															

* = 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 VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	96,70	100,00	1,1	12	93,88	-6	-6%	100%	vr	5	1,1	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare												
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
		B5.2.2	> %.	59,39	60,00	1,1	12	61,24	1	2%	100%	vr	5	1,1	M
		Adesione corretta dello screening cervice uterina	consuntivo da verificare												
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture													
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	86,44	95,00	0,5	12	88,45	-7	-7%	23%		1	0,1	M
		Copertura per vaccino MPR	Dati di zona												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio													
		B7.2	> N.	52,99	75,00	1,1	12	54,07	-21	-28%	5%		1	0,1	M
		Copertura per vaccino antinfluenzale	Dati di zona												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio													
		B7.3	> %.	57,01	95,00	0,5	12	55,91	-39	-41%	0%		1	0,0	
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	Dati di zona												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio													
		B7.4	> N.	10,60	25,00	0,5	12	14,29	-11	-43%	46%		2	0,2	M
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	Dati di zona												
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana													
		B7.5	> N.	85,71	95,00	1,1	12	86,32	-9	-9%	7%		0	0,1	M
		Copertura per vaccino antimeningococcico	Dati di zona												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio													
		B7.5a	> N.	71,22	90,00	2,1	12	75,69	-14	-16%	24%			0,5	M
		Copertura per vaccino antimeningococcico 10-20 anni, con almeno una dose negli ultimi 5 anni	Dati di zona												
		B7.6	> N.	90,48	95,00	0,5	12	91,49	-4	-4%	42%		2	0,2	M
		Copertura per vaccino antipneumococcico	Dati di zona												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio													
		B7.7	> N.	92,37	95,00	0,5	12	91,49	-4	-4%	0%		1	0,0	
		Copertura per vaccino esavalente	Dati di zona												
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio													
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%			0,0	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare												
		Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona													
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%			0,5	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	consuntivo da verificare												
		dato estratto da Infoview regionale													
		B8.4.10	> N.	69,17	90,00	1,1	12	86,22	-4	-4%	82%			0,9	M
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	consuntivo da verificare												
		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona													

* = 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 VDS

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.	50,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	*	0,5	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	0,5	12	88,89	-11	-11%	89%	*	0,5	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

10,7

7,3

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	130,50	120,00	0,2	12	128,31	8	7%	61%	4	0,1	M
Gen-Ottobre 2016 dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso SDO														
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	10,18	7,31	0,2	12	11,58	4	58%	0%	1	0,0	
consuntivo da verificare dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Francesco Barga (LU)														
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	69,02	70,80	0,3	12	70,86	0	0%	100%	4	0,3	M cio
consuntivo da verificare														
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	63,46	57,90	0,3	12	62,45	5	8%	100%	4	0,3	cio
consuntivo da verificare														
		C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	48,88	58,80	0,3	12	47,57	-11	-19%	40%	4	0,1	
consuntivo da verificare														
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	57,23	56,70	0,3	12	58,31	2	3%	100%	4	0,3	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 VDS

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 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	66,99 <i>consuntivo da verificare</i>	67,00	0,3	12	65,95	-1	-2%	40%	4 *	0,1	cio
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	38,54 <i>consuntivo da verificare</i>	43,70	0,3	12	33,74	-10	-23%	40%	4 *	0,1	
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	65,86 <i>consuntivo da verificare</i>	67,10	0,3	12	65,21	-2	-3%	30%	3 *	0,1	
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	661,37 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	583,73	0,3	12	632,40	49	8%	37%	-1 *	0,1	M
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	13,78 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	13,79	0,3	12	11,48	-2	-17%	100%	5 *	0,3	M
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBar entro 12 mesi	< %.	9,17 <i>consuntivo da verificare</i>	7,62	0,3	12	7,95	0	4%	100%	3 *	0,3	M
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	4,83 <i>Gen-Sett 2016</i>	1,61	0,2	12	4,74	3	194%	3%	1 *	0,0	M cio
C15	Salute Mentale	C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	> %.	57,89 <i>Gen-Agosto 2016</i>	54,50	0,7	12	69,44	15	27%	100%	4 *	0,7	M cio
		C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< %	0,00 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	4,40	0,7	12	0,00	-4	-100%	100%	5 *	0,7	cts
		C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< %	0,00 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	4,29	1,1	12	4,48	0	4%	40%	4 *	0,4	
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,65 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	1,94	0,0	12	2,35	0	21%	63%	2 *	0,0	M
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.	<i>consuntivo da verificare</i>	12,00	1,1	12	12,00	0	0%	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 VDS

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.	3,00	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	0,3	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,3		cio
				consuntivo da verificare											cts
C7	Materno Infantile	C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	18,57	63,33	0,9	12	13,80	-50	-78%	0%	0*	0,0		cio
				Gen-Agosto 2016				dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlussi SPC e CAP							
		C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	4,82	4,50	0,3	12	4,01	0	-11%	100%	4*	0,3	M	
				Gen-Agosto 2016				dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio							
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,76	0,54	0,3	12	0,82	0	51%	0%	1*	0,0		cio
				Gen-Ottobre 2016				dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso SDO							
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,0	12	2,45	-1	-18%	82%		0,8		
				da definire preconsuntivo e budget				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Valle del Serchio							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	0,5	12	62,80	8	14%	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*			cio
				Consuntivo 2015 ex asl				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016							cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	0,5	12	713,00	-82	-10%	100%		0,5	M	cio
				diminuzione rispetto all'anno precedente				Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live							cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	1.199.907,50	1.968.666,34	2,0	12	613.563,72	-1.355.103	-69%	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	< €.	4.607.780,55	4.607.780,55	8,0	12	4.724.812,00	117.031	3%	70%	vr	5,6		
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%				neutralizzati i contributi perché finanziati ed gli inserimenti in RSA in quanto da disposizione DG							

* = 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	<	11.944.732,46	11.628.505,00	5.0	12	11.718.318,99	89.814	1%	72%	<input type="checkbox"/>	3.6	M
			al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

31,4

3 - Obiettivi REGIONALI

12,3

11,3

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

cio
cts

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali:</u> <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	>	%	53,85	90,00	0.6	12	73,45	-17	-18%	54%	<input type="checkbox"/>	0.3	M
			da aggiornare pre-consuntivo												
			dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale												

RT1a	> %	100,00	0,6	12	86,67	-13	-13%	87%	<input type="checkbox"/>	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%	<input type="checkbox"/>	* 0,6	M
E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1 ^a 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%	<input type="checkbox"/>	0.2
		Percorso iniziato 54/915 MMG prenotano in generale. Nell'ambito della sanità di iniziativa prenotano il follow up nella quasi totalità dei casi											

RT13	> si/no	1,00	0,6	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	0,5
Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)		Tutti i mmg prenotano il follow up per le 4 patologie della sanità di iniziativa. Le agende dedicate sono state costituite in tutte le ex asl, sebbene non applicate in modo omogeneo in tutta l'azienda								

RT14	> si/no	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)										

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>											
B1c6	Perseguimento delle Strategie regionali: Continuità Assistenziale	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>											
B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	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>											
RT35	Perseguimento delle Strategie regionali: Sanità d'Iniziativa	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>											
RT36	Perseguimento delle Strategie regionali: Sanità d'Iniziativa	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>													

2,4

Pagina 9 di 49

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

ZONA DISTRETTO VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. Valutazione 2017
2016 2017 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							1,2
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
<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	3,00	2	200%	100%	*	0,6
<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 Stesura del progetto entro 31/12/2017	>	si/no	1,00	0,0	12							*				Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali.(vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)	
P27O10	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27O10 Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA	>	si/no	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*		0,8			procedura inviata da A. Gioia	
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA																		6,0	5,1
P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05 Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017	>	%	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*		0,6			Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018	
P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06 Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno	>	%	1,00	0,0	12						*					In corso approfondimento sul possibile passaggio dall'applicativo Caribel all'applicativo Gestì ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar	
P26O07	Rivalutare l'offerta del modulo motorio in base alla delibera che prevede la gratuità dei primi 15 gg post frattura di femore e valutare la possibilità di implementare PL nelle Cure Intermedie in sostituzione dei PL ex art. 26 nei casi di inappropriate	i-P26O07 Relazione da inviare alla Direzione Aziendale alla luce della DGRT n. 679 del 12/07/2016 e del POR FSE	>	%	1,00	0,0	12						*					l'obiettivo non era assegnato alla riabilitazione	
P26O09	Organizzare le Commissioni di Valutazione per la Disabilità UVM per la disabilità secondo il modello della Lunigiana uniformando il sistema degli accessi, la modulistica ed il sistema di valutazione;	i-P26O09 Ricognizione sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territori (definizione entro il 30/09/2017)	>	%	1,00	0,6	12	0,50	-1	-50%	50%		*		0,3			Obiettivo parzialmente raggiunto a seguito delle indicazioni fornite dalla DGRT 1449/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità:il Progetto di Vita" effettuato gruppo di lavoro interdipartimentale (o	
P26O09a	Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione:Analizzare il passaggio al	i-P26O09a Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017	>	%	1,00	0,6	12	0,00	-1	-100%	0%		*		0,0			In fase di elaborazione il documento tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Servizi Sociali non Autosufficienza Disabilità. considerato che siamo a settembre 2018 è da intendersi non raggiunto	
P26O10	PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O10 Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017	>	%	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*		0,6			Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018	
P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	>	%	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*		0,6				
		i-P26O11a PON Inclusione Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	>	%	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*		0,6				

martedì 12 marzo 2019

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

ZONA DISTRETTO VDS

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

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

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 compartecipazi	> si/no Direttori DP, Professioni sanitarie ADULTI	1,00	1,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
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	
P24O07	Tempi di attesa visite psichiatriche	i-P24O07 Rispetto dei tempi di attesa per la visita psichiatrica	> N.	1,00	0,0	12					*		
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".

ZONA DISTRETTO VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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	-22,66	-13	127%	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		

* = 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 VDS

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 qualita' 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 qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	cts
		Q01d	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)	cio
B2az	<u>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</u>	Q02	> N.	3,00	3,00	2,0	1,00	-2	-67%	30%	3	0,6	- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget	cio
		Q04	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra	cts
B3az	<u>Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)</u>	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12				3		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO	cio
													Obiettivo annullato	cts

* = 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 VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

ZD4

ZONA DISTRETTO VDS

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)

ZD4VDS

ZONE DISTRETTO VDS

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

102_105043

SUPPORTO AMMINISTRATIVO ZONA VDS

1 - Obiettivi MeS

9,6

9,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

4,6

4,6

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	0,2	12				82%	vr	*	0,2	cio
Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA															
		B8.4.23	>	N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	cio
% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali															
		B8.4.24	>	N.	1,00	0,2	12				100%	vr	*	0,2	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	0,0	12				0%	vr	*	0,0	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".

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

ZONA DISTRETTO VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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												

* = 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 VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_10504
3

**SUPPORTO AMMINISTRATIVO
ZONA VDS**

Totale pesi **99,6**

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

102 210048

U.F. TOSSICODIPENDENZE E SALUTE PENITENZIARIA - ZONA VDS (102)

1 - Obiettivi MeS

35,0

33,0

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

11,5

10,2

B7	Copertura vaccinale	B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>	N.	11,20	25,00	2,3	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	1,0	M	dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0	cio	Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	>	%.	99,38	98,50	4,6	12	99,46	1	1%	100%		4,6	M	dato estratto da Infoview regionale
		B8.4.23	% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	>	N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%		1,1	cio	dati estratti da infoview regionale
		B8.4.25	% di copertura STS11 ADRSA Residenziali	>	N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%		1,1	cio	dati estratti da infoview regionale
		B8.4.27	Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	>	N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%		1,1	cio	dati estratti da infoview regionale
		B8.4.28	Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	>	N.	100,00	100,00	1,1	12	101,74	2	2%	100%		1,1	M	dati estratti da infoview regionale
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA								17,8								17,2	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	3,00	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	6,3	12	3,00	0	0%	100%		6,3	cio	
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	0,00	6,00	5,7	12	7,47	1	25%	100%	5*	5,7	M	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 VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	5*	2,3	cio
					consuntivo da verificare									cts

C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	3,00	3,4	12	2,45	-1	-18%	82%		*	2,8	
					da definire preconsuntivo e budget									valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Valle del Serchio

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>	55,00	2,9	12	62,80	8	14%	100%	vr	*	2,9	
														valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale

E2 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

E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	2,9	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,9	M	cio
			diminuzione rispetto all'anno precedente											cts
														Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 15,0

2 - Obiettivi ECONOMICI 15,0 15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	35.085,23	34.626,64	5,0	12	30.799,13	-3.828	-11%	100%	3*	5,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%											cts

Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	328.932,55	328.932,55	10,0	12	268.217,00	-60.716	-18%	100%		*	10,0	M	
			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							*		
			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 35,0 35,0

3 - Obiettivi REGIONALI 1,6 1,6

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

ZONA DISTRETTO VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	1,6	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale										cts
<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	86,67	-13	-13%	87%	0,0	
		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
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo									M
<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					3,9						3,9	
P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08	> si/no	1,00	1,6	12	1,00	0	0%	100%	1,6	
		Elaborazione cronoprogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronoprogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno										
<p><i>relazione Ferri</i></p>												
P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16	> si/no	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	2,3	
		Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN										
<p><i>la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.</i></p>												
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: SERT					29,6						29,6	
P25O03	Attività di educazione alla salute, di prevenzione e Sanità d'Iniziativa	i-P25O03	> N.	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	6,2	
		Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG	Educazione salute - Dip Prevenzione									
<p><i>L'evento è stato realizzato in quasi tutte le zone (ad eccezione della valdera)</i></p>												
P25O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25O04	> si/no	1,00	0,0	12						
		Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	SMIA e SMA									
<p><i>posticipato al 2018</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 VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P25O08	Definizione di un comune percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol dipendenti	i-P25O08	> si/no	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	*	6,2
		Definizione di un documento per uniformare il percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol entro il				inviata procedura						
P25O09	Definizione di una procedura comune per l'invio in comunità degli utenti	i-P25O09	> si/no	1,00	8,6	12	1,00	0	0%	100%	*	8,6
		Definizione di un protocollo per l'invio in comunità degli utenti entro il				sentire Varese						
P25O10	Definizione di una procedura/istruzione operativa relativa agli esami tossicologici disposti dall'Autorità Giudiziaria	i-P25O10	> si/no	1,00	0,0	12					*	
		Definizione di una procedura/istruzione operativa entro il				eliminato per le zone						
P25O11	Convenzione unica con AOU Pisana per esami tossicologici relativi agli accertamenti sui lavoratori a rischio	i-P25O11	> si/no	1,00	0,0	12					*	
		Definizione di una procedura/istruzione operativa				nessuna evidenza della procedura, sentire Varese						
P25O12	Applicazione raccomandazioni della CTR sulla terapia della dipendenza da oppiacei	i-P25O12	< %	-10,00	8,6	12	-22,66	-13	127%	100%	*	8,6
		Riduzione spesa del 10% rispetto all'anno 2016				monitoraggio CdG consumi Suboxone: risultato 2017 -16%						

Obiettivo annullato

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

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

ZONA DISTRETTO VDS

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

Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	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	0,0	12					3	*	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> %.	90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%	*	2,6	Obiettivo annullato aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)
		Q11 Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza:trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017	> si/no	1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)
		Q12 Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese	> si/no	1,00	0,0	12					*		non è calcolabile, non elaborato

martedì 12 marzo 2019

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

Pagina 25 di 49

ZONA DISTRETTO VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_21004
8

**U.F. TOSSICODIPENDENZE E
SALUTE PENITENZIARIA -
ZONA VDS (102)**

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

102_210050 U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA VDS (102)

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,4

6,8

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

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

24,4

18,9

C15	Salute Mentale	C15.1	> %.	192,35	180,57	3,2	12	200,84	20	11%	100%	-1 *	3,2	M	
		Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attivita' domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni													
		C15.2	> %.	57,89	54,50	3,2	12	69,44	15	27%	100%	4 *	3,2	M	cio
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	Gen-Agosto 2016												cts
		C15.8	<	-0,31	-0,31	3,2	12	0,34	1	-209%	0%	-1 *	0,0		
		Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche													

* = 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 VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C15	Salute Mentale	C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< %	0,00	4,40	3,2	12	0,00	-4	-100%	100%	5 *	3,2	
		Gen-Ottobre 2016												dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Francesco Barga (LU)
		C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< %	0,00	4,29	3,2	12	4,48	0	4%	40%	4 *	1,3	
		Gen-Ottobre 2016												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Flusso SDO
		C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	<	147,67	170,43	3,2	12	157,76	-13	-7%	100%	4 *	3,2	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	0,00	3,00	0,0	12					*		cio
		consuntivo da verificare												cts
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	1,1	12	3,00	0	0%	100%	*	1,1	cio
		consuntivo da verificare												cts
														Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	0,00	6,00	1,1	12	7,47	1	25%	100%	5 *	1,1	M cio
		consuntivo da verificare												cts
														dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5 *	1,1	cio
		consuntivo da verificare												cts
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	2,1	12	2,45	-1	-18%	82%	*	1,7	
		da definire preconsuntivo e budget												valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Valle del Serchio
1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA						3,2							3,2	
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,1	12	62,80	8	14%	100%	vr *	2,1	
														valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale
		E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12					0 *		cio
		Consuntivo 2015 ex asl												dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016
														dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M cio
		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						15,0							11,0	
2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0							11,0	

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	22.564,61	31.268,29	5,0	12	25.519,46	-5.749	-18%	100%	3 *	5,0	
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%											

35,0	23,5
------	------

8,1	6,7
-----	-----

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	>	si/no	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,7		
<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>																	
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	>	%	71,43	90,00	1,3	12	73,45	-17	-18%	11%		*	0,1	M
<i>da aggiornare pre-consuntivo</i> <i>dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale</i>																	
		RT1a	E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)	>	%		100,00	1,3	12	86,67	-13	-13%	87%		*	1,2	
<i>da aggiornare pre-consuntivo</i> <i>file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera</i>																	
		RT1b	E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)	>	%	39,77	43,75	1,3	12	51,46	8	18%	100%		*	1,3	M
<i>Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing</i>																	
<i>Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2</i>																	
B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT16	Percorso Superamento OPG: presa in carico dei pazienti di propria competenza ed attivazione del relativo progetto personalizzato (da valutare positivamente il limitato ricorso alle REMS e la predisposizione di percorsi alternativi)	>	si/no	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	3,4		

Relazione REMS firma DS

5,4		5,4
-----	--	-----

vr = Valutazione ragionata

Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

ZONA DISTRETTO VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P49O08	<u>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</u>	i-P49O08 Elaborazione cronopogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronopogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
						relazione Ferri						
P52O16	<u>Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN</u>	i-P52O16 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7
						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 Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta	> si/no	1,00	0,0	12					*	
						non valutabile in quanto assenza di monitoraggio						
4 - Ob Az: SALUTE MENTALE					21,5							11,4
P24O02	<u>Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI</u>	i-P24O02 Documento riferito agli adulti, contenente:1) censimento delle strutture residenziali;2) attribuzione in base alla classificazione regionale3) valutazione della domanda complessiva 4) valutazione economica: costi per singola struttura e compartecipazioni	> si/no	1,00	5,4	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
		Direttori DP, Professioni sanitarie ADULTI				Per l'ob i-P24O03 Il gruppo dopo aver proceduto ad una mappatura dell'esistente ha prodotto un unico documento che contiene tutta la mappatura. Per l'ob.i- P 24O02 :Il Gruppo ha prodotto il documento richiesto che necessita ancora di alcune rifiniture che						
P24O05	<u>Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione</u>	i-P24O05 Incontri periodici con le AFT	> N.	1,00	4,7	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0
		Dip. Farmaco										
		i-P24O05a Incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco	> N.	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4
		Dip. Farmaco				sentire Sarlo						
P24O07	<u>Tempi di attesa visite psichiatriche</u>	i-P24O07 Rispetto dei tempi di attesa per la visita psichiatrica	> N.	1,00	0,0	12					*	
						accesso diretto						
P24O08	<u>Uniformare le modalità di accesso nell'applicazione del ticket per le visite psichiatriche</u>	i-P24O08 Procedura uniforme per tutta l'ATNO sulle modalità di accesso	> N.	1,00	6,1	12	1,00	0	0%	100%	*	6,1
4 - Ob Az: SERT					0,0							
P25O04	<u>Condivisione procedure e buone pratiche</u>	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no	1,00	0,0	12					*	
		SMIA e SMA				posticipato al 2018						
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							13,6
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							13,6
B23	<u>Qualità e Accreditamento</u>	Q01b Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016	> %.	1,00	2,0	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
cts

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01c	> %.		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui												
		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):												
		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)												
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	0,00	3,00	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,6	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)												
		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12												
		- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget												
		Q04	> %		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)												
		60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												
		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra												
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)												
		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO												
		Obiettivo annullato												
C6c	Rischio Clinico	Q10	> %.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%	*	2,6	cio
		Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato												
		aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)												
		Q11	> si/no		1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%	*	2,6	cio
		Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza:trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017												
		aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)												
		Q12	> si/no		1,00	0,0	12					*		cio
		Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese												
		non è calcolabile, non elaborato												

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

ZONA DISTRETTO VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

102_21005
0

**U.F. SALUTE MENTALE
ADULTI ZONA VDS (102)**

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

102_212062

U.F. CURE PRIMARIE, INTERMEDIE E RESIDENZIALITA' VDS (102)

1 - Obiettivi MeS

35,0

22,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

23,8

14,2

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	< %	8,83	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.	1,64	2,81	2,4	12	1,96	-1	-30%	57%	3 *	1,4	M	cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteRegione Toscana															
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	3,79	3,32	2,1	12	3,79	0	14%	100%	4 *	2,1		cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, 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	35,62	2	5%	100%	3 *	0,5	M	
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli	> N.	58,29	80,00	2,1	12	58,05	-22	-27%	30%	3 *	0,6		
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio															
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> %	10,02	11,51	1,0	12	9,79	-2	-15%	40%	4 *	0,4		
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.5 Percentuale di ultra75enni dimessi dall'ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg.	>	8,66	12,85	0,5	12	9,58	-3	-25%	52%	3 *	0,3	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	>	23,11	44,00	0,5	12	26,70	-17	-39%	17%	1 *	0,1	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso AD-RSA															
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	>	77,78	95,00	0,5	12	87,50	-8	-8%	96%	4 *	0,5	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso AD-RSA															
		B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 qg dalla presa in carico	>	88,24	55,00	0,5	12	75,68	21	38%	100%	4 *	0,5		

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1		> %.	96,70	100,00	1,0	12	93,88	-6	-6%	100%	vr	5	1,0	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina			consuntivo da verificare			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture								
		B5.2.2		> %.	59,39	60,00	1,0	12	61,24	1	2%	100%	vr	5	1,0	M
		Adesione corretta dello screening cervice uterina			consuntivo da verificare			La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture								
B7	Copertura vaccinale	B7.1		> %.	86,44	95,00	0,5	12	88,45	-7	-7%	23%		1	0,1	M
		Copertura per vaccino MPR			Dati di zona			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio								
		B7.2		> N.	52,99	75,00	1,0	12	54,07	-21	-28%	5%		1	0,1	M
		Copertura per vaccino antinfluenzale			Dati di zona			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio								
		B7.3		> %.	57,01	95,00	0,5	12	55,91	-39	-41%	0%		1	0,0	
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)			Dati di zona			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio								
		B7.4		> N.	11,20	25,00	0,5	12	14,29	-11	-43%	42%		2	0,2	M
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari			Dati di zona			dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana								
		B7.5		> N.	85,71	95,00	1,0	12	86,32	-9	-9%	7%		0	0,1	M
		Copertura per vaccino antimeningococcico			Dati di zona			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio								
		B7.5a		> N.	71,22	90,00	2,1	12	75,69	-14	-16%	24%			0,5	M
		Copertura per vaccino antimeningococcico 10-20 anni, con almeno una dose negli ultimi 5 anni			Dati di zona											
		B7.6		> N.	90,48	95,00	0,5	12	91,49	-4	-4%	42%		2	0,2	M
		Copertura per vaccino antipneumococcico			Dati di zona			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio								
		B7.7		> N.	92,37	95,00	0,5	12	91,49	-4	-4%	0%		1	0,0	
		Copertura per vaccino esavalente			Dati di zona			dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio								
B8	Gestione Dati	B8.1		> %.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%			0,0	
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale			consuntivo da verificare			Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona								
		B8.4.1		> %.	99,38	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%			0,5	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)			consuntivo da verificare			dato estratto da Infoview regionale								
		B8.4.10		> N.	69,17	90,00	0,5	12	86,22	-4	-4%	82%			0,4	M
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA			consuntivo da verificare			dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona								

vr = Valutazione ragionata

Mese=1 equivale a "dato stimato".

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

ZONA DISTRETTO VDS

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	
dati estratti da infoview regionale															
		B8.4.24 % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	>	N.	50,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%		0,5	M
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															
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	>	N.		100,00	0,5	12	88,89	-11	-11%	89%		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															
		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	
dati estratti da infoview regionale															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

9,6

7,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	130,50	120,00	0,2	12	128,31	8	7%	61%	4	0,1	M
		Gen-Ottobre 2016 dato MeS al 2018-05-08, livello Valle del Serchio, fonteFlusso SDO													
		C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	10,18	7,31	0,2	12	11,58	4	58%	0%	1	0,0	
		consuntivo da verificare dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: S. Francesco Barga (LU)													
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	69,02	70,80	0,3	12	70,86	0	0%	100%	4	0,3	M
		consuntivo da verificare													
		C11a.1.2b	% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	63,46	57,90	0,3	12	62,45	5	8%	100%	4	0,3	
		consuntivo da verificare													
		C11a.1.3	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	48,88	58,80	0,3	12	47,57	-11	-19%	40%	4	0,1	
		consuntivo da verificare													
		C11a.1.4	% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	57,23	56,70	0,3	12	58,31	2	3%	100%	4	0,3	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 VDS

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	> %.	66,99	67,00	0,3	12	65,95	-1	-2%	40%	4 *	0,1	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare											
		C11a.2.3	>	38,54	43,70	0,3	12	33,74	-10	-23%	40%	4 *	0,1	
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	consuntivo da verificare											
		C11a.5.1	> %	65,86	67,10	0,3	12	65,21	-2	-3%	30%	3 *	0,1	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare											
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	661,37	583,73	0,3	12	632,40	49	8%	37%	-1 *	0,1	M
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	Gen-Ottobre 2016											
		C13.2.2.1	< %.	13,78	13,79	0,3	12	11,48	-2	-17%	100%	5 *	0,3	M
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	Gen-Ottobre 2016											
		C13.2.2.2	< %.	9,17	7,62	0,3	12	7,95	0	4%	100%	3 *	0,3	M
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	consuntivo da verificare											
C14	Appropriatezza medica	C14.4	< %.	4,83	1,61	0,2	12	4,74	3	194%	3%	1 *	0,0	M
		% ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	Gen-Sett 2016											cio
C28	Cure Palliative	C28.1	> %	46,36	60,00	0,5	12	36,82	-23	-39%	0%	1 *	0,0	
		Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti												
		C28.2	> %	100,00	90,00	0,5	12	98,44	8	9%	100%	-1 *	0,5	
		Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni												
		C28.3	< %	11,29	25,00	0,5	12	22,22	-3	-11%	100%	-1 *	0,5	
		Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni												
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	3,00	3,00	0,0	12							cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	consuntivo da verificare											cts
		C6.2.1a	> %.		3,00	1,0	12	3,00	0	0%	100%		1,0	cio
		Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	consuntivo da verificare											cts

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

* = 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 VDS

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.	8,00	6,00	1,0	12	7,47	1	25%	100%	5 *	1,0	cio
					consuntivo da verificare									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 eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	4,82	4,50	0,3	12	4,01	0	-11%	100%	4 *	0,3	M
					Gen-Agosto 2016									
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,76	0,54	0,3	12	0,82	0	51%	0%	1 *	0,0	cio
					Gen-Ottobre 2016									
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,0	12	2,45	-1	-18%	82%		0,9	
					da definire preconsuntivo e budget									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,0	12	62,80	8	14%	100%	vr *	1,0	
		E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12					0 *		cio
					Consuntivo 2015 ex asl									cts
		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									cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI						15,0							11,2	
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	672.589,68	797.720,37	2,0	12	430.379,12	-367.341	-46%	100%	3 *	2,0	M
					importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%									cts
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	3.287.554,00	3.287.554,00	8,0	12	3.393.733,00	106.179	3%	70%	vr *	5,6	
					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	<	11.944.732,46	11.628.505,00	5.0	12	11.718.318,99	89.814	1%	72%	*	3.6	M
			al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

31,5


3 - Obiettivi REGIONALI

7,8

7,0

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	>	si/no	1,00	0.4	12	1,00	0	0%	100%	*	0.4
		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>							

cio
cts

B1c1	<u>Perseguimento delle Strategie regionali:</u> <u>Informatizzazione (az)</u>	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	>	%	0,00	90,00	0.6	12	73,45	-17	-18%	82%		0.5	M
			da aggiornare pre-consuntivo												
			dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale												

RT1a	>	%	100,00	0.6	12	86,67	-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	>	si/no	1,00	0.6	12	0.25	-1	-75%	25%	*	0.2
		Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG		<i>Percorso iniziato 54/915 MMG prenotano in generale. Nell'ambito della sanità di iniziativa prenotano il follow up nella quasi totalità dei casi</i>									

RT13	>	si/no	1,00	0.6	12	0.75	0	-25%	75%	*	0.5
Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)			Tutti i mmg prenotano il follow up per le 4 patologie della sanità di iniziativa. Le agende dedicate sono state costituite in tutte le ex asl, sebbene non applicate in modo omogeneo in tutta l'azienda								

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

ZONA DISTRETTO VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 %

B1c3	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa</u>	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>												
B1c6	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Continuità Assistenziale</u>	RT34a	> si/no	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		0,5
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	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria</u>	RT17	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4
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	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Riorganizzazione</u>	RT35a	> si/no	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		0,5
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	0,5	12	1,00	0	0%	100%		0,5
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>												
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					2,4							2,4
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 <i>relazione Ferri</i>												
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 <i>la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.</i>												
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 <i>non valutabile in quanto assenza di monitoraggio</i>												
4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE					1,2							1,2
P49O24	<u>Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone, DEU, CUUNN</u>	i-P49O24	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		1,2
Definire un modello organizzativo unico entro il 31/07/2017 <i>import del 2018-09-13 univoci - da avere documento</i>												
4 - Ob Az: CDG					2,4							2,4
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	2,4	12	1,00	0	0%	100%		2,4
Predisporre le indicazioni operative (entro giugno) <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: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE					1,8							1,8

* = 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 Stesura del progetto entro 31/12/2017	>	si/no	1,00	0,0	12							*				Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali.(vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)	
P27O10	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27O10 Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA	>	si/no	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*		1,8			procedura inviata da A. Gioia	
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA																		15,7	13,0
P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05 Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017	>	%	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*		1,8			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 Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno	>	%	1,00	0,0	12						*					In corso approfondimento sul possibile passaggio dall'applicativo Caribel all'applicativo Gestì ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar	
P26O07	Rivalutare l'offerta del modulo motorio in base alla delibera che prevede la gratuità dei primi 15 gg post frattura di femore e valutare la possibilità di implementare PL nelle Cure Intermedie in sostituzione dei PL ex art. 26 nei casi di inappropriate	i-P26O07 Relazione da inviare alla Direzione Aziendale alla luce della DGRT n. 679 del 12/07/2016 e del POR FSE	>	%	1,00	0,0	12						*					l'obiettivo non era assegnato alla riabilitazione	
P26O09	Organizzare le Commissioni di Valutazione per la Disabilità UVM per la disabilità secondo il modello della Lunigiana uniformando il sistema degli accessi, la modulistica ed il sistema di valutazione;	i-P26O09 Ricognizione sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territori (definizione entro il 30/09/2017)	>	%	1,00	1,8	12	0,50	-1	-50%	50%		*		0,9			Obiettivo parzialmente raggiunto a seguito delle indicazioni fornite dalla DGRT 1449/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità:il Progetto di Vita" effettuato gruppo di lavoro interdipartimentale (o	
P26O09a	Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione:Analizzare il passaggio al	i-P26O09a Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017	>	%	1,00	1,8	12	0,00	-1	-100%	0%		*		0,0			In fase di elaborazione il documento tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Servizi Sociali non Autosufficienza Disabilità. considerato che siamo a settembre 2018 è da intendersi non raggiunto	
P26O10	PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O10 Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017	>	%	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		*		1,8			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 Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività	>	%	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*		2,4				
		i-P26O11a PON Inclusione Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	>	%	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*		1,2				

martedì 12 marzo 2019

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

ZONA DISTRETTO VDS

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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
P26O12	Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare	i-P26O12 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	> %	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
P26O13	Progetto Vita Indipendente ministeriale	i-P26O13 Attuazione/realizzazione progetti e monitoraggio	> %	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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	cio

4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE

3,6

3,6

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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	Inviato materiale aggiornato
P28O02	In base ai requisiti (normativa) dei Presidi territoriali procedere alla classificazione su tre livelli e valutare proposte di redistribuzione degli standard in base alla di popolazione	i-P28O02 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 giugno 2016	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	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 adistanza per le 10 AFT del territorio della ex ASL 5 , e per SPDC

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

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

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui											
		Q01d	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):											
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,00	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)											
		Q04	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)											
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3	cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)											
		Obiettivo annullato											
C6c	Rischio Clinico	Q10	> %.	90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%	*	2,6	cio
		Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato											
		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											

		<div> <div>Pesi</div> <div> <div>p1</div> <div>P2</div> </div> </div>	<div> <div>Valutazione</div> <div> <div>p1</div> <div>P2</div> </div> </div>
102_21206 2	U.F. CURE PRIMARIE, INTERMEDIE E RESIDENZIALITA' VDS (102)	Totale pesi 100,0	Per il punteggio finale si veda il report rieppilogativo 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

102_212065 U.F. ATT. CONSULTORIALI VDS (102)

1 - Obiettivi MeS

35,0

20,8

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

9,8	
-----	--

4,8	
-----	--

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	96,70	100,00	1,6	12	93,88	-6	-6%	100%	vr	5	1,6	
		dato interno al 2018-08-31 - livello Valle del Serchio														
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	> %.	59,39	60,00	1,6	12	61,24	1	2%	100%	vr	5	1,6	M
		dato interno al 2018-08-31 - livello Valle del Serchio														
La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture																
B7	Copertura vaccinale	B7.1	Copertura per vaccino MPR	> %.	86,44	95,00	0,5	12	88,45	-7	-7%	23%		1	0,1	M
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio														
		B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	> %.	57,01	95,00	0,5	12	55,91	-39	-41%	0%		1	0,0	
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio														
		B7.4	Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	11,20	25,00	0,5	12	14,29	-11	-43%	42%		2	0,2	M
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO, fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana														
		B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	> N.	85,71	95,00	1,1	12	86,32	-9	-9%	7%		0	0,1	M
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio														
		B7.5a	Copertura per vaccino antimeningococcico 10-20 anni, con almeno una dose negli ultimi 5 anni	> N.	76,96	90,00	2,2	12	75,69	-14	-16%	0%			0,0	
		B7.7	Copertura per vaccino esavalente	> N.	92,37	95,00	0,5	12	91,49	-4	-4%	0%		1	0,0	
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Valle del Serchio														
B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%			0,0	
		Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona														
		B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	1,1	12	99,46	1	1%	100%			1,1	M
		dato estratto da Infoview regionale														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

22,4

13,3

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA											2,7	2,7
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)											
E1	Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,6	12	52,10	-3	-5%	100%	vr	1,6
valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale												
E2	Percentuale di assenza	<	%.	13,99	11,04	0,0	12					
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
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												

martedì 12 marzo 2019

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

Pagina 45 di 49

5,0 5,0

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	14.571,47	12.890,73	5,0	12	11.008,68	-1.882	-15%	100%	3	5,0		
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%												
sterilizzato costo per PRESERVACYT																
				Euro02	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	0,0	12						*		
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%												
servizi scaricati su conto non a budget																
				Euro05	Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT	<	0,0	12						*		
				al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %												
Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura																

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	>	si/no	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	
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	0,0	12	73,45	-17	-18%	82%	*	0,0	
dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale															
		RT1a	E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)	>	%	100,00	0,0	12	86,67	-13	-13%	87%	*	0,0	
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	12	51,46	8	18%	100%	*	0,0	M
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	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)	>	si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	
relazione maranto															

* = 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 VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI 2,7 2,7

P49O08	Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti	i-P49O08	> si/no	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	2,7	
		Elaborazione cronoprogramma entro il 30 aprile e rispetto del cronoprogramma con eliminazione del cartaceo entro il 30 giugno				relazione Ferri							
P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16	> si/no	1,00	0,0	12	0,00	-1	-100%	0%	<input type="checkbox"/> *	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 21,6 21,6

P31O02	Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità	i-P31O02	> SI/N O	1,00	10,8	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	10,8	cio
		1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura				buona pratica: tutte le strutture hanno raggiunto l'80% dei requisiti minimi (standard considerato positivo) + almeno 1 requisito di qualità. Tutte le strutture si sono dotate di un DOS (documento organizzativo di struttura)							
P31O04	Audit organizzativi su sistema di Reporting	i-P31O04	> SI/N O	1,00	10,8	12	3,00	2	200%	100%	<input type="checkbox"/> *	10,8	cio
		Effettuare 3 audit per struttura				tutte le zone ad eccezione vdc che non ha allegato niente							
P31O08	Percorso nascita :prenotazione delle visite e prestazioni di controllo direttamente dal consultorio/ostetrica	i-P31O08	> SI/N O	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/> *		cio
		% di donne che dichiarano che vengono prenotate direttamente dal personale del consultorio				Obiettivo già valutato nell'RT29							

4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA 16,2 16,2

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	16,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	16,2	
		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%	<input type="checkbox"/> *	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 DPR 79/R/2016				gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)							cts
		Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	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 segue				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

* = 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 VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01d	> %.		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	
		Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):	gli indicatori di qualita' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)											
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	0,00	3,00	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3 *	0,6	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget									
		Q04	> %		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		2,0	
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra									
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3 *		
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO											
		Obiettivo annullato												
C6c	Rischio Clinico	Q10	> %.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		2,6	
		Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)											
		Q11	> si/no		1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		2,6	
		Valutazione, adattamento ed implementazione delle PSP e raccomandazioni ministeriali di pertinenza:trasmissione alla UOS Gestione Rischio Clinico di scheda di autovalutazione entro ottobre 2017	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)											
		Q12	> si/no		1,00	0,0	12							
		Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese	non è calcolabile, non elaborato											

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

ZONA DISTRETTO VDS

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

102_21206
5

**U.F. ATT. CONSULTORIALI
VDS (102)**

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)