

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2017

ZD12

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Responsabile: Fabio Michelotti

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".*

ZD12

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Responsabile:

Macrostruttura

ZD12 ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

1 - Obiettivi MeS

35,0

24,4

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

23,5

16,1

B20D	Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT	B20D.1 Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione	< % consuntivo da verificare	2,85 1,65	0,0	12										
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio																
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	2,44 2,81	1,6	12	2,51	0	-11%	69%	5*	1,1	M		cts	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteRegione Toscana																
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	3,62 3,32	1,6	12	3,98	1	20%	100%	4*	1,6	M		cts	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, 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	23,65	-10	-30%	50%	vr 3*	0,3				
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisti e non dipendenti dal servizio.																
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assitita da MMG aderenti ai moduli	> N. Dati di zona	66,16 80,00	2,2	12	65,39	-15	-18%	70%	vr 3*	1,5				
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia																
il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali																
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	6,02 11,51	1,1	12	6,50	-5	-44%	29%	2*	0,3	M			
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, 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	4,54 12,85	0,9	12	5,57	-7	-57%	32%	2*	0,3	M			
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso AD-RSA																
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	46,37 44,00	0,9	12	47,44	3	8%	100%	2*	0,9	M			
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso AD-RSA																
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	92,31 95,00	0,5	12	81,82	-13	-14%	40%	4*	0,2				

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	>	%.	17,24 Gen-Ago 2016	55,00	0,5	12	53,01	-2	-4%	100%	3 *	0,5	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso AD-RSA															
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.	96,17 consuntivo da verificare	100,00	1,1	12	103,60	4	4%	100%	vr 5 *	1,1	M
dato interno al 2018-08-31 - livello Versilia															
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	>	%.	45,19 consuntivo da verificare	60,00	1,1	12	46,50	-14	-23%	100%	vr 5 *	1,1	M
dato interno al 2018-08-31 - livello Versilia															
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	>	%.	86,87 Dati di zona	95,00	0,5	12	92,99	-2	-2%	95%	2 *	0,5	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia															
		B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale	>	N.	54,35 Dati di zona	75,00	1,1	12	54,20	-21	-28%	0%	1 *	0,0	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia															
		B7.3 Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	>	%.	74,71 Dati di zona	95,00	0,5	12	67,98	-27	-28%	20%	2 *	0,1	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia															
		B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	>	N.	13,90 Dati di zona	25,00	0,5	12	14,29	-11	-43%	24%	2 *	0,1	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana															
		B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	>	N.	91,60 Dati di zona	95,00	1,1	12	93,58	-1	-1%	88%	3 *	1,0	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia															
		B7.5a Copertura per vaccino antimeningococcico 10-20 anni, con almeno una dose negli ultimi 5 anni	>	N.	77,24 Dati di zona	90,00	2,2	12	79,97	-10	-11%	21%		0,5	M
		B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	>	N.	88,52 Dati di zona	95,00	0,5	12	91,44	-4	-4%	65%	2 *	0,4	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia															
		B7.7 Copertura per vaccino esavalente	>	N.	92,52 Dati di zona	95,00	0,5	12	95,53	1	1%	100%	3 *	0,5	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	consuntivo da verificare	80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0	
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	>	%.	99,38 consuntivo da verificare	98,50	0,5	12	99,46	1	1%	100%		0,5	M
dato estratto da Infoview regionale															

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

2016 2017 2017 %

B8	Gestione Dati	B8.4.10	>	N.	81,93	90,00	1,1	12	87,50	-3	-3%	69%		0,7	M	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA		consuntivo da verificare		dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona										
		B8.4.23	>	N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%		0,3		cio
		% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali		dati estratti da infoview regionale												
		B8.4.24	>	N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%		0,3		cio
		% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali		dati estratti da infoview regionale												
		B8.4.25	>	N.	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%		0,3		cio
		% di copertura STS11 ADRSA Residenziali		dati estratti da infoview regionale												
		B8.4.26	>	N.		100,00	0,5	12	93,75	-6	-6%	94%		0,5		cio
		% di correttezza RFC ADRSA Residenziali		dati estratti da infoview regionale												
		B8.4.27	>	N.	14,29	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%		0,5	M	cio
		Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)		dati estratti da infoview regionale												
		B8.4.28	>	N.	0,00	100,00	0,3	12	101,74	2	2%	100%		0,3	M	cio
		Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)		dati estratti da infoview regionale												
		B8.4.3c	>	N.	102,34	80,00	0,5	12	100,85	21	26%	100%		0,5		cio
		Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)		dati estratti da infoview regionale												

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,4

7,2

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	121,51	120,00	0,2	12	117,58	-2	-2%	100%	5*	0,2	M	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	Gen-Ottobre 2016		dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SDO										
		C5.1e	< N.	8,01	7,31	0,2	12	8,57	1	17%	40%	4*	0,1		
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	consuntivo da verificare		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia										
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	71,98	70,80	0,3	12	70,77	0	0%	70%	vr	4*	0,2	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare		il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali										
		C11a.1.2b	> %.	61,03	57,90	0,3	12	59,73	2	3%	100%	4*	0,3	cio	
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare												

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	54,53 <i>consuntivo da verificare</i>	58,80	0,3	12	53,44	-5	-9%	70%	vr	4 *	0,2	
		il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali													
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	60,08 <i>consuntivo da verificare</i>	56,70	0,3	12	59,55	3	5%	100%		4 *	0,3	
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %	68,66 <i>consuntivo da verificare</i>	67,00	0,3	12	66,32	-1	-1%	70%	vr	4 *	0,2	cio
		il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali													
		C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	35,53 <i>consuntivo da verificare</i>	43,70	0,3	12	32,19	-12	-26%	70%	vr	4 *	0,2	
		il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali													
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	63,92 <i>consuntivo da verificare</i>	67,10	0,3	12	63,19	-4	-6%	70%	vr	3 *	0,2	
		il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali													
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	540,61 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	583,73	0,3	12	560,01	-24	-4%	100%		-1 *	0,3	
		dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SPA													
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %	11,55 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	11,56	0,3	12	11,47	0	-1%	100%		5 *	0,3	M
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %	10,63 <i>consuntivo da verificare</i>	7,62	0,3	12	9,81	2	29%	27%		0 *	0,1	M
		dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SPA													
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %	2,76 <i>Gen-Sett 2016</i>	1,61	0,2	12	2,48	1	54%	55%		3 *	0,1	M cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia															
C15	Salute Mentale	C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	> %	38,26 <i>Gen-Agosto 2016</i>	54,50	0,8	12	41,18	-13	-24%	18%		1 *	0,1	M cio
		dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteSistema Informativo Regionale Flussi SDO e SISM - RFC160													cts
		C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< %	2,89 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	4,40	0,8	12	2,19	-2	-50%	100%		4 *	0,8	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia															

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C15	Salute Mentale	C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< % Gen-Ottobre 2016	3,92	4,29	1,1	12	7,48	3	74%	0%	1*	0,0	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SDO														
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N. Gen-Ottobre 2016	2,41	1,94	0,0	12	2,22	0	15%	70%	3*	0,0	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SDO														
Obiettivo annullato: non pertinente per le zone														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %. consuntivo da verificare		21,00	1,1	12	14,00	-7	-33%	67%	*	0,7	cio cts
Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale														
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. consuntivo da verificare	26,00	6,00	0,5	12	7,47	1	25%	100%	5*	0,5	cio cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO														
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. consuntivo da verificare	100,00	100,00	0,3	12	100,00	0	0%	100%	5*	0,3	cio cts
C7	Materno Infantile	C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %. Gen-Agosto 2016	76,60	63,33	0,3	12	73,31	10	16%	100%	4*	0,3	cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlussi SPC e CAP														
		C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %. Gen-Agosto 2016	5,81	4,50	0,3	12	4,40	0	-2%	100%	4*	0,3	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia														
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N. Gen-Ottobre 2016	0,65	0,54	0,3	12	0,53	0	-3%	100%	3*	0,3	M cio
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SDO														
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. da definire preconsuntivo e budget		3,00	1,0	12	2,38	-1	-21%	79%	*	0,8	
valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia														

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	0,5	12	35,60	-19	-35%	100%	vr	*	0,5	
Percentuale di risposta all'indagine di clima															
valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale															
		E2	<	%.	13,99	11,04	0,0	12					0	*	
Percentuale di assenza															
Consuntivo 2015 ex asl															
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016															
dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata															
		E3	<	%.	796,00	795,00	0,5	12	713,00	-82	-10%	100%		*	0,5
Tasso di infortuni dei dipendenti															
diminuzione rispetto all'anno precedente															
Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi sionificativi da penalizzare. Live															

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

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.414.335,23	1.243.999,35	2,0	12	1.490.628,66	246.629	20%	60%	vr	3	1,2	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%											
		scostamento relativamente significativo													
		Euro02	< €.	12.047.087,37	12.047.087,37	8,0	12	12.073.033,60	25.946	0%	100%	vr		8,0	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI		importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%											
		scostamento esiguo, obiettivo raggiunto													
		Euro05	<	32.128.677,78	32.226.830,00	5,0	12	31.376.222,29	-850.608	-3%	100%			5,0	M
		Spesa farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta classe A (DD + DPC) : rispetto obiettivi RT		al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%		*	0,6		
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>											
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	4,76	90,00	0,6	12	58,74	-31	-35%	63%		*	0,4	M
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale									
		RT1a	> %		100,00	0,6	12	85,71	-14	-14%	86%		*	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		Percorso iniziato 54/915 MMG prenotano in generale. Nell'ambito della sanità di iniziativa prenotano il follow up nella quasi totalità dei casi											

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

RT35	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Riorganizzazione</u>	RT35b	> si/no	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	In 9 Zone/Distretto della ASL TNO sono stati attivati nel 2017 24 corsi di auto gestione per la cronicità in ottemperanza DGRT 545/17. Nelle altre 3 zone Distretto (Versilia, Apuane e Lunigiana) entro il 2017 sono stati completati i corsi per formato
------	--	-------	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

RT36	<u>Perseguimento delle Strategie regionali: Sanità d'Iniziativa</u>	RT36	> si/no	1,00	0,0	12					*		L'assegnazione delle risorse alle AFT era legata all'avvio del nuovo modello della Sanità d'Iniziativa DGRT 930/2017, che ha avuto uno Stop a livello regionale. La progettualità a livello aziendale è stata comunque portata avanti per la preparazione del do
------	---	------	---------	------	-----	----	--	--	--	--	---	--	--

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

P49O08	<u>Eliminazione del cartaceo e rivisitazione dei processi di lavoro per protocollo e atti</u>	i-P49O08	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	relazione Ferri
--------	---	----------	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	-----------------

P52O15	<u>Definizione delle procedure per la certificazione di qualità del dipartimento amministrativo</u>	i-P52O15	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	import del 2018-09-13 - Il Dipartimento Amministrativo è stato certificato nel 2018
--------	---	----------	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	---

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

P52O28	<u>Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali</u>	i-P52O28	> si/no	1,00	0,0	12					*		non valutabile in quanto assenza di monitoraggio
--------	--	----------	---------	------	-----	----	--	--	--	--	---	--	--

4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE 0,6 0,6

P49O24	<u>Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone DEU, CUUNN</u>	i-P49O24	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	import del 2018-09-13 univoci - da avere documento
--------	---	----------	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

4 - Ob Az: CDG 0,5 0,5

P29O06	<u>Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi</u>	i-P29O06	> si/no	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	In fase di prima applicazione, considerando che le verifiche potevano essere svolte in un solo semestre e che tra le tre tipologie di prestazioni l'ADP è quella che presenta la maggiore variabilità, è la tipologia e a maggior rischio di inappropriatazza,
--------	---	----------	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

4 - Ob Az: CONSULTORIO 1,2 1,2

P31O02	<u>Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità</u>	i-P31O02	> SI/NO	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6	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)
--------	--	----------	---------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----	--

cio

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

P31O04	Audit organizzativi su sistema di Reporting	i-P31O04	> SI/N O	1,00	0,6	12	3,00	2	200%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6	cio
Effettuare 3 audit per struttura		tutte le zone ad eccezione vdc che non ha allegato niente											

4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA	0,6	0,6
-------------------------------	-----	-----

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	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6	
Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)		definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali											

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE	0,8	0,8
--	-----	-----

P27O04	ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio	i-P27O04	> si/no	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>		
Stesura del progetto entro 31/12/2017		Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali.(vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)											

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

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA	6,0	5,1
--------------------------------	-----	-----

P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,6	cio
Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017		Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018											

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

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

P26O09	Organizzare le Commissioni di Valutazione per la Disabilità UVMD per la disabilità secondo il modello della Lunigiana uniformando il sistema degli accessi, la modulistica ed il sistema di valutazione;	i-P26O09	> %	1,00	0,6	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,3	
Ricognizione sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territori (definizione entro il 30/09/2017)		Obiettivo parzialmente raggiunto a seguito delle indicazioni fornite dalla DGRT 1449/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità:il Progetto di Vita" effettuato gruppo di lavoro interdipartimentale (o											

P26O09a	Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione;Analizzare il passaggio al	i-P26O09a	> %	1,00	0,6	12	0,00	-1	-100%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0	
Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017		In fase di elaborazione il documento tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Servizi Sociali non Autosufficienza Disabilità. considerato che siamo a settembre 2018 è da intendersi non raggiunto											

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P26O10	<u>PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</u>	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%	<input type="checkbox"/> *	0,6	cio
Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" certificato il 30.01.2018													
P26O11	<u>Progetto POR FSE</u>	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%	<input type="checkbox"/> *	0,6	cio
		i-P26O11a PON Inclusione Sociale e SIA :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0,6	cio
		i-P26O11b Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0,6	cio
		i-P26O11c Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità	> %	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/> *		cio
P26O12	<u>Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare</u>	i-P26O12 Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0,6	cio
P26O13	<u>Progetto Vita Indipendente ministeriale</u>	i-P26O13 Attuazione/realizzazione progetti e monitoraggio	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0,6	cio
P26O14	<u>Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016</u>	i-P26O14 monitoraggio e rilevazione dati	> %	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0,6	cio

4 - Ob Az: PREVENZIONE

0,6

0,6

P23O06	<u>Definire un protocollo condiviso con Prevenzione, Medicina Legale e Zone Distretto per la gestione dell'attività necroscopica</u>	i-P23O06 Definire il protocollo condiviso entro il 30/06/2017	> N.	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0,6	
import del 2018-09-13 univoci - protocollo definito ed inviato													

4 - Ob Az: SALUTE MENTALE

2,9

2,9

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	1,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	1,0	
				Direttori DP, Professioni sanitarie ADULTI				Per l'ob i-P24O03 Il gruppo dopo aver proceduto ad una mappatura dell'esistente ha prodotto un unico documento che contiene tutta la mappatura. Per l'ob.i- P 24O02 :Il Gruppo ha prodotto il documento richiesto che necessita ancora di alcune rifiniture che					

* = 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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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	1,00	0	0%	100%	*	0,7
---------------	--	---	----------------------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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

sentire Sarlo

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

accesso diretto

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

4 - Ob Az: SERT				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. Educazione salute - Dip Prevenzione	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2
---------------	---	---	---	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

L'evento è stato realizzato in quasi tutte le zone (ad eccezione della valdera)

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

posticipato al 2018

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

inviata procedura

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

sentire Varese

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

eliminato per le zone

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

nessuna evidenza della procedura, sentire Varese

Obiettivo annullato

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	-13,47	-3	35%	100%	*	0,6
---------------	--	--	-----	--------	-----	----	--------	----	-----	------	---	-----

monitoraggio CdG consumi Suboxone: risultato 2017 -16%

4 - Ob Az: SMIA				1,0	1,0						
------------------------	--	--	--	------------	------------	--	--	--	--	--	--

* = 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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P24O02a	<u>Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)</u>	i-P24O02a Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta	> si/no	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5
P30O03	<u>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</u>	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	<u>Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni</u>	i-P28O01 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03/2016	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
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 popolazione</u>	i-P28O02 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 giugno 2016	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
P28O03	<u>Proseguire nei progetti di case della salute</u>	i-P28O03 Monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento del progetto	> si/no	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
P28O04	<u>Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto</u>	i-P28O04 Applicazione del progetto specifico entro il 31/12/2017	> si/no	1,00	0,0	12					*	

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

					15,0							15,0
					15,0							15,0
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
		Q01c Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0
		Q01d Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITAMENTO (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

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

Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	1,00	3,00	2,0		3,00	0	0%	100%	3	2,0	M
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)					verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12								cts
		inviati 3 verbali di riunioni													
		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)								cts
		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra													
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	>	N.	81,54	82,00	0,0	12					3		cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)					monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO								cts
		Obiettivo annullato													
C6c	Rischio Clinico	Q10	>	%.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		2,6	cio
		Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato					aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)								cts
		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)								cts
		Q12	>	si/no		1,00	0,0	12							cio
		Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese					non è calcolabile, non elaborato								cts

martedì 12 marzo 2019

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

Pagina 15 di 66

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

ZD12

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

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)

ZD12VI

ZONA-DISTRETTO VIAREGGIO

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

112_14L5 **SERVIZI SOCIALI E ALTA INTEGRAZIONE (112)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

21,9

16,6

B20D	Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT	B20D.1 Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione	< % consuntivo da verificare	2,85	1,65	0,0	12										
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio																	
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	6,02	11,51	3,0	12	6,50	-5	-44%	29%	2	*	0,9		M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, 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	4,54	12,85	1,1	12	5,57	-7	-57%	32%	2	*	0,4		M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso AD-RSA																	
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> % Gen-Ago 2016	46,37	44,00	1,1	12	47,44	3	8%	100%	2	*	1,1		M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso AD-RSA																	
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> % Gen-Ago 2016	92,31	95,00	1,1	12	81,82	-13	-14%	40%	4	*	0,4			
		B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	> % Gen-Ago 2016	17,24	55,00	1,1	12	53,01	-2	-4%	100%	3	*	1,1		M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso AD-RSA																	
B7	Copertura vaccinale	B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N. Dati di zona	11,20	25,00	1,1	12	14,29	-11	-43%	42%	2	*	0,5		M	cio cts
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana																	
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %. consuntivo da verificare		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		*	0,0			cio cts
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona																	
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %. consuntivo da verificare	99,38	98,50	2,2	12	99,46	1	1%	100%		*	2,2		M	cio cts
dato estratto da Infoview regionale																	

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

B8	Gestione Dati	B8.4.10 Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	81,93 <i>consuntivo da verificare</i>	90,00	3,3	12	87,50	-3	-3%	69%	* 2,3	M	cio
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona														
		B8.4.23 % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	* 1,1		cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.24 % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	* 1,1		cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	* 1,1		cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.		100,00	1,1	12	93,75	-6	-6%	94%	* 1,0		cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	14,29	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	* 1,1	M	cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	0,00	100,00	1,1	12	101,74	2	2%	100%	* 1,1	M	cio
dati estratti da infoview regionale														
		B8.4.3c Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	> N.	102,34	80,00	1,1	12	100,85	21	26%	100%	* 1,1		cio
dati estratti da infoview regionale														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,9

8,1

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	121,51 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	120,00	1,1	12	117,58	-2	-2%	100%	* 1,1	M	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SDO														
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,01 <i>consuntivo da verificare</i>	7,31	0,6	12	8,57	1	17%	40%	* 0,2		
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia														
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,76 <i>Gen-Sett 2016</i>	1,61	0,6	12	2,48	1	54%	55%	* 0,3	M	cio
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	2,61 <i>consuntivo da verificare</i>	3,00	0,0	12					*		cio
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	2,2	12	0,00	-3	-100%	0%	* 0,0		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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	5,99	6,00	2,2	12	7,47	1	25%	100%	5 *	2,2	M	cio
				consuntivo da verificare				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	2,2	12	100,00	0	0%	100%	5 *	2,2	M	cio
				consuntivo da verificare											cts
C7	Materno Infantile	C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	76,60	63,33	0,3	12	73,31	10	16%	100%	4 *	0,3		cio
				Gen-Agosto 2016				dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlussi SPC e CAP							
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,65	0,54	1,7	12	0,53	0	-3%	100%	3 *	1,7	M	cio
				Gen-Ottobre 2016				dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SDO							

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

						2,2							2,2		
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,1	12	35,60	-19	-35%	100%	vr	1,1		
								valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale							
		E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12					0 *			cio
				Consuntivo 2015 ex asl				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016							cts
								dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata							
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%		1,1	M	cio
				diminuzione rispetto all'anno precedente				Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live							cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

						10,0							10,0		
						10,0							10,0		
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	6.785,92	680,13	2,0	12	812,05	132	19%	100%	vr	2,0	M	cio
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%				scost non significativo							cts
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	8.317.628,52	8.317.628,52	8,0	12	8.348.522,41	30.894	0%	100%	vr	8,0		
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%				scostamento esiguo, obiettivo raggiunto							
		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							

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

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

29,9

3 - Obiettivi REGIONALI

4,0

4,0

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale											cts
<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>													

B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT17	> si/no	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4	
		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>													

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

1,3

1,3

P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
		Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN											
<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	> si/no	1,00	0,0	12					*		
		Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta											

non valutabile in quanto assenza di monitoraggio

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

1,3

1,3

P27O04	ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio	i-P27O04	> si/no	1,00	0,0	12					*		
		Stesura del progetto entro 31/12/2017											
<i>Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali. (vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)</i>													
P27O10	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27O10	> si/no	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,3	
		Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA											
<i>procedura inviata da A. Gioia</i>													

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

28,3

23,2

P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4	cio
		Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017											
<i>Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente " certificato il 30.01.2018</i>													
P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	1,00	0,0	12					*		cio
		Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno											
<i>In corso approfondimento sul possibile passaggio dall'applicativo Caribel all'applicativo Gestì ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar</i>													
P26O07	Rivalutare l'offerta del modulo motorio in base alla delibera che prevede la gratuità dei primi 15 gg post frattura di femore e valutare la possibilità di implementare PL nelle Cure Intermedie in sostituzione dei PL ex art. 26 nei casi di inappropriate	i-P26O07	> %	1,00	0,0	12					*		
		Relazione da inviare alla Direzione Aziendale alla luce della DGRT n. 679 del 12/07/2016 e del POR FSE											
<i>l'obiettivo non era assegnato alla riabilitazione</i>													

* = 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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

P26O09	Organizzare le Commissioni di Valutazione per la Disabilità UVMD per la disabilità secondo il modello della Lunigiana uniformando il sistema degli accessi, la modulistica ed il sistema di valutazione;	i-P26O09	> %	1,00	3,4	12	0,50	-1	-50%	50%	1,7		
		Ricognizione sulle zone; uniformità dei percorsi individuazione dell'Equipe multidisciplinare; definizione di Protocollo - Del. DG per dare attuazione nei territori (definizione entro il 30/09/2017)											Obiettivo parzialmente raggiunto a seguito delle indicazioni fornite dalla DGRT 1449/2017 "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di Vita" effettuato gruppo di lavoro interdipartimentale (o
P26O09a	Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione; Analizzare il passaggio al	i-P26O09a	> %	1,00	3,4	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0		
		Documento da inviare alla Direzione Aziendale entro il 30/09/2017											In fase di elaborazione il documento tra Dipartimento Salute Mentale e Dipartimento Servizi Sociali non Autosufficienza Disabilità. considerato che siamo a settembre 2018 è da intendersi non raggiunto
P26O10	PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O10	> %	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	3,4		cio
		Trasformare protocollo in procedura secondo gli standard della qualità entro il 30/06/2017											Effettuata proposta e realizzato protocollo operativo aziendale dal titolo "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" certificato il 30.01.2018
P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11	> %	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	3,4		cio
		Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili; Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività											
		i-P26O11b	> %	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	3,4		cio
		Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" :Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività											
		i-P26O11c	> %	1,00	0,0	12							cio
		Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità											
P26O12	Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare	i-P26O12	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7		cio
		Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016											
P26O13	Progetto Vita Indipendente ministeriale	i-P26O13	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7		cio
		Attuazione/realizzazione progetti e monitoraggio											
P26O14	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26O14	> %	1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7		cio
		monitoraggio e rilevazione dati											

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

12,4

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

12,4

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,00	3,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	1,1	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)												cts
		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

* = 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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % 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	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	cio cts
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra														
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> %.	90,00	3,7	12	90,00	0	0%	100%		*	3,7	cio cts
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	3,7	12	1,00	0	0%	100%		*	3,7	cio cts
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)														
		Q12 Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese	> si/no	1,00	0,0	12						*		cio cts
non è calcolabile, non elaborato														

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

		<u>Pesì</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
112_14L5	SERVIZI SOCIALI E ALTA INTEGRAZIONE (112)	Totale pesì		95,0	

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

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

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

UO/UF

112 15L5

ATTIVITA' CONSULTORIALI (112)

1 - Obiettivi MeS

35,0

26,2

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,3

4,7

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	96,17	100,00	1,6	12	103,60	4	4%	100%	vr	5 *	1,6	M	cio	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare														cts
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture dato interno al 2018-08-31 - livello Versilia															
		B5.2.2	> %.	45,19	60,00	1,6	12	46,50	-14	-23%	100%	vr	5 *	1,6	M	cio	
		Adesione corretta dello screening cervice uterina	consuntivo da verificare														cts
		La direzione sanitaria ritiene che il risultato sia dovuto a difficoltà oggettive non dipendenti dalle strutture dato interno al 2018-08-31 - livello Versilia															
B7	Copertura vaccinale	B7.4	> N.	11,20	25,00	1,1	12	14,29	-11	-43%	42%		2 *	0,4	M	cio	
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	Dati di zona														cts
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana															
B8	Gestione Dati	B8.1	> %.		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
		Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona															
		B8.4.1	> %.	99,38	98,50	1,1	12	99,46	1	1%	100%		*	1,1	M	cio	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare														cts
		dato estratto da Infoview regionale															

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

27,0

18,9

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	3,00	3,00	0,0	12										
		C6.2.1a	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	1,1	12	3,00	0	0%	100%						
Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale																		
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	7,00	6,00	1,1	12	7,47	1	25%	100%	5					
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO																		
		C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5					

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C7	Materno Infantile	C7.16	> %.	70,95	81,03	5,8	12	70,55	-10	-13%	30%	3 *	1,7	
		Accesso area maternità del consultorio di donne straniere <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlussi SPC e CAP</i>												
		C7.17	> %.	53,81	56,27	5,8	12	56,29	0	0%	100%	3 *	5,8	M
		% primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SPC e Flusso CAP</i>												
		C7.18	> %.	76,60	63,33	6,4	12	73,31	10	16%	100%	4 *	6,4	cio
		% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum <i>Gen-Agosto 2016 dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlussi SPC e CAP</i>												
		C7.19.1	> %.	28,12	28,82	5,8	12	27,25	-2	-5%	30%	3 *	1,7	cio
		Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione <i>dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SPC</i>												

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

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>		55,00	1,6	12	35,60	-19	-35%	100%	vr *	1,6	
		Percentuale di risposta all'indagine di clima <i>valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale</i>												
		E2	< %.	13,99	11,04	0,0	12					0 *		cio
		Percentuale di assenza <i>Consuntivo 2015 ex asl dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Conto Annuale del personale 2016</i>												
		E3	< %.	796,00	795,00	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti <i>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</i>												

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	8.124,94	7.081,47	5,0	12	7.792,42	711	10%	100%	vr *	5,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI <i>importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1% scostamento non significativo</i>												
		Euro02	< €.			2,0	12					*		
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI <i>importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1% obiettivo non valutabile in quanto esiste una convenzione con San Camillo nella zona apuane</i>												

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

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

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	1,3	12	1,00	0	0%	100%		1,3	
*Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.													
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	90,00	1,9	12	58,74	-31	-35%	65%		1,3	
dato riferito all'anno 2017 fonte Intoview regionale													
		RT1a E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	100,00	1,3	12	85,71	-14	-14%	86%		1,1	
file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera													
		RT1b E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	39,77 43,75	1,3	12	51,46	8	18%	100%		1,3	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	1,9	12	1,00	0	0%	100%		1,9	
relazione maranto													
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					0,0	0,0							
P52O16	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52O16 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	0,0	12	0,00	-1	-100%	0%		0,0	
obiettivo non valutabile: non pertinente per la struttura non avendo servizi da liquidare													
4 - Ob Az: CONSULTORIO					15,6	15,6							
P31O02	Uniformare la rete dei consultori secondo gli standard di qualità	i-P31O02 1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura	> SI/N O	1,00	7,8	12	1,00	0	0%	100%		7,8	
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)													

* = 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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

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

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

4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA

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

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

		Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità' e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui				gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									cts

		Q01d	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITAMENTO (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):				gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITAMENTO inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)									cts

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,00	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,0	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)				verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12				07/02/2017 2-5 4/4 - nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget						cts

Q04	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,0	cio	
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)		il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra								cts

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	>	N.	81,54	82,00	0,0	12						3*		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
Obiettivo annullato																
C6c	Rischio Clinico	Q10	>	%.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		*	2,6	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)
		Q11	>	si/no		1,00	2,6	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)
		Q12	>	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 29 di 66

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
112_15L5	ATTIVITA' CONSULTORIALI (112)	Totale pesi		92,0	

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

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

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

UO/UF

112_21 **CURE PALLIATIVE (112)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,6

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

5,5

4,2

B7	Copertura vaccinale	B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	11,20	25,00	1,1	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	0,5	M
Dati di zona														
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana														
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.		80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0	
consuntivo da verificare														
Obiettivo non valutato: non pertinente per la zona														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	99,38	98,50	2,2	12	99,46	1	1%	100%		2,2	M
consuntivo da verificare														
dato estratto da Infoview regionale														
		B8.4.10 Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	81,93	90,00	2,2	12	87,50	-3	-3%	69%		1,5	M
consuntivo da verificare														
dato estratto da Infoview regionale, livello di calcolo zona														
I - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						26,8							21,7	
C28	Cure Palliative	C28.1 Assistiti dalla rete di Cure Palliative al domicilio e/o in Hospice, deceduti	> %	35,10	60,00	5,5	12	38,95	-21	-35%	15%	1*	0,8	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia														
		C28.2 Percentuale di assistiti con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	> %	100,00	90,00	5,5	12	99,35	9	10%	100%	-1*	5,5	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia														
		C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni	< %	9,57	25,00	4,9	12	9,85	-15	-61%	100%	-1*	4,9	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia														
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	0,00	3,00	0,0	12							
consuntivo da verificare														
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	2,2	12	3,00	0	0%	100%		2,2	
consuntivo da verificare														

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	0,00	6,00	2,2	12	7,47	1	25%	100%	5*	2,2	M	cio
				consuntivo da verificare				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO							cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	2,2	12	100,00	0	0%	100%	5*	2,2	M	cio
				consuntivo da verificare											cts
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,65	0,54	2,2	12	0,53	0	-3%	100%	3*	2,2	M	cio
				Gen-Ottobre 2016				dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SDO							
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	2,2	12	2,38	-1	-21%	79%	*	1,7		
				da definire preconsuntivo e budget				valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia							

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	35,60	-19	-35%	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					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	1,1	12	713,00	-82	-10%	100%	*	1,1	M	cio
				diminuzione rispetto all'anno precedente				Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live							cts

2 - Obiettivi ECONOMICI

														5,0	5,0
														5,0	5,0
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	10.490,63	18.735,75	5,0	12	20.744,64	2.009	11%	100%	vr	3*	5,0	cio
				importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%				scostamento non significativo							cts
		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	32,3
														22,4	19,7

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	5,6	12	1,00	0	0%	100%	*	5,6	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale											cts
'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.													
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	0,00	5,6	12	58,74	-31	-35%	65%	*	3,7	M
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale													
		RT1a	> %	100,00	5,6	12	85,71	-14	-14%	86%	*	4,8	
		E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
file complessivo da caricare anche per la parte ospedaliera													
		RT1b	> %	39,77	5,6	12	51,46	8	18%	100%	*	5,6	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													
4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE					12,6							12,6	
P27O10	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27O10	> si/no	1,00	12,6	12	1,00	0	0%	100%	*	12,6	
		Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA											
procedura inviata da A. Gioia													
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					0,0								
P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	1,00	0,0	12					*		cio
		Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno											
In corso approfondimento sul possibile passaggio dall'applicativo Caribel all'applicativo Gestì ma rinviato al 2018 in attesa di definizione contrattuale con Estar													
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,3	
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0							14,3	
B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016											cts
		Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui											cts
gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
gli indicatori di qualità anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo **Budget** * Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.
2016 **2017** 2017 % Valutazione 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	1,00	-2	-67%	63%	3*	1,2	M
			COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbal da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		21-giu - 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".

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_21

CURE PALLIATIVE (112)

Totale pesi **90,0**

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

112_28L5 **DISTRETTI (112)****1 - Obiettivi MeS****35,0****26,3****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****24,4****16,9**

B20D	Qualità del flusso Amministrativo SPA e TAT	B20D.1 Rapporto tra ricette diverse da SSN sul totale delle ricette (SSN diverse da SSN) per azienda di erogazione	< % consuntivo da verificare	2,85 1,65	0,0	12										
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio																
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	2,44 2,81	2,2	12	2,51	0	-11%	69%	5*	1,5	M		cts	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteRegione Toscana																
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N. Dati di zona	3,62 3,32	2,2	12	3,98	1	20%	100%	4*	2,2	M		cts	
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, 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	23,65	-10	-30%	50%	vr 3*	0,3				
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisti e non dipendenti dal servizio.																
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assitita da MMG aderenti ai moduli	> N. Dati di zona	66,16 80,00	2,2	12	65,39	-15	-18%	70%	vr 3*	1,5				
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia																
il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali																
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> % Gen-Ago 2016	6,02 11,51	1,1	12	6,50	-5	-44%	29%	2*	0,3	M			
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, 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	4,54 12,85	0,8	12	5,57	-7	-57%	32%	2*	0,2	M			
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso AD-RSA																
		B28.2.9 Percentuale di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	> Gen-Ago 2016	46,37 44,00	0,8	12	47,44	3	8%	100%	2*	0,8	M			
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso AD-RSA																
B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.2.1 Percentuale RSA che ricevono il PAP dalle zone	> Gen-Ago 2016	92,31 95,00	0,8	12	81,82	-13	-14%	40%	4*	0,3				

* = 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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B28.3	Assistenza Residenziale	B28.3.3	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 gg dalla presa in carico	>	%.	17,24	55,00	0,7	12	53,01	-2	-4%	100%	3 *	0,7	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso AD-RSA																
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	Estensione corretta dello screening della cervice uterina	>	%.	96,17	100,00	1,1	12	103,60	4	4%	100%	vr 5 *	1,1	M
dato interno al 2018-08-31 - livello Versilia																
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	>	%.	45,19	60,00	1,1	12	46,50	-14	-23%	100%	vr 5 *	1,1	M
dato interno al 2018-08-31 - livello Versilia																
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	>	%.	86,87	95,00	0,5	12	92,99	-2	-2%	95%	2 *	0,5	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia																
		B7.2	Copertura per vaccino antinfluenzale	>	N.	54,35	75,00	1,1	12	54,20	-21	-28%	0%	1 *	0,0	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia																
		B7.3	Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	>	%.	74,71	95,00	0,5	12	67,98	-27	-28%	20%	2 *	0,1	
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia																
		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.	91,60	95,00	1,1	12	93,58	-1	-1%	88%	3 *	1,0	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia																
		B7.5a	Copertura per vaccino antimeningococcico 10-20 anni, con almeno una dose negli ultimi 5 anni	>	N.	77,24	90,00	2,2	12	79,97	-10	-11%	21%		0,5	M
		B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	>	N.	88,52	95,00	0,5	12	91,44	-4	-4%	65%	2 *	0,4	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia																
		B7.7	Copertura per vaccino esavalente	>	N.	92,52	95,00	0,5	12	95,53	1	1%	100%	3 *	0,5	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Versilia																
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	0,5	12	99,46	1	1%	100%		0,5	M
dato estratto da Infoview regionale																

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B8	Gestione Dati	B8.4.10 Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	> N.	81,93 <i>consuntivo da verificare</i>	90,00	0,5	12	87,50	-3	-3%	69%	* 0,4	M	cio
<i>dati estratti da infoview regionale, livello di calcolo zona</i>														
		B8.4.23 % di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	* 0,5		cio
<i>dati estratti da infoview regionale</i>														
		B8.4.24 % di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	> N.	100,00	100,00	0,0	12					*		cio
<i>Obiettivo n.v. : non pertinente per la struttura</i>														
		B8.4.25 % di copertura STS11 ADRSA Residenziali	> N.	100,00	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	* 0,5		cio
<i>dati estratti da infoview regionale</i>														
		B8.4.26 % di correttezza RFC ADRSA Residenziali	> N.		100,00	0,0	12					*		cio
<i>Obiettivo n.v. : non pertinente per la struttura</i>														
		B8.4.27 Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	> N.	14,29	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	* 0,5	M	cio
<i>dati estratti da infoview regionale</i>														
		B8.4.28 Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	> N.	0,00	100,00	0,5	12	101,74	2	2%	100%	* 0,5	M	cio
<i>dati estratti da infoview regionale</i>														
		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
<i>dati estratti da infoview regionale</i>														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

9,0

7,8

C1	Capacità di governo della domanda	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	121,51 <i>Gen-Ottobre 2016</i>	120,00	0,2	12	117,58	-2	-2%	100%	* 0,2	M	
<i>dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SDO</i>														
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	8,01 <i>consuntivo da verificare</i>	7,31	0,2	12	8,57	1	17%	40%	* 0,1		
<i>dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia</i>														
C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	71,98 <i>consuntivo da verificare</i>	70,80	0,3	12	70,77	0	0%	70%	vr 4 *	0,2	cio
<i>il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali</i>														
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	61,03 <i>consuntivo da verificare</i>	57,90	0,3	12	59,73	2	3%	100%	* 4	0,3	cio

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	54,53 consuntivo da verificare	58,80	0,3	12	53,44	-5	-9%	70%	vr	4 *	0,2	
		il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali													
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	60,08 consuntivo da verificare	56,70	0,3	12	59,55	3	5%	100%		4 *	0,3	
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	68,66 consuntivo da verificare	67,00	0,3	12	66,32	-1	-1%	70%	vr	4 *	0,2	cio
		il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali													
C11a.2.3 Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	>	35,53 consuntivo da verificare	43,70	0,3	12	32,19	-12	-26%	70%	vr	4 *	0,2			
	il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali														
	C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	63,92 consuntivo da verificare	67,10	0,3	12	63,19	-4	-6%	70%	vr	3 *	0,2		
	il minimo peggioramento è derivante dal fatto che non è partito il nuovo modello della sanità di iniziativa per mancanza di linee guida regionali														
	C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	540,61 Gen-Ottobre 2016	583,73	0,3	12	560,01	-24	-4%	100%		-1 *	0,3
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SPA															
C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)			< %.	11,55 Gen-Ottobre 2016	11,56	0,3	12	11,47	0	-1%	100%		5 *	0,3	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SPA															
C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi			< %.	10,63 consuntivo da verificare	7,62	0,3	12	9,81	2	29%	27%		0 *	0,1	M
dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SPA															
C14	Appropriatezza medica	C14.4 % ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010-2012)	< %.	2,76 Gen-Sett 2016	1,61	0,2	12	2,48	1	54%	55%		3 *	0,1	M
dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia															
C17	Riabilitazione	C17.1.1 Tasso di ospedalizzazione std per 1.000 residenti in specialità 56	< N.	2,41 Gen-Ottobre 2016	1,94	0,0	12	2,22	0	15%	70%		3 *	0,0	M
Obiettivo annullato: non pertinente per le zone															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	4,00 consuntivo da verificare	3,00	0,0	12						*		cio
		cts													
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	1,1	12	4,00	1	33%	100%		*	1,1	cio

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

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.	6,00	6,00	1,1	12	7,47	1	25%	100%	5 *	1,1	M	cio
														cts	
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5 *	1,1	M	cio
														cts	
C7	Materno Infantile	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	< %.	5,81	4,50	0,3	12	4,40	0	-2%	100%	4 *	0,3	M	
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,65	0,54	0,3	12	0,53	0	-3%	100%	3 *	0,3	M	cio
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	1,1	12	2,38	-1	-21%	79%		0,9		

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	1,1	12	35,60	-19	-35%	100%	vr *	1,1		
		E2 Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12					0 *		cio	cts
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	0,5	12	713,00	-82	-10%	100%		0,5	M	cio
														cts	

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	614.409,00	555.917,67	2,0	12	638.199,47	82.282	15%	60%	vr *	1,2	cio	cts
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.			3,0	12								

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro05	<	32.128.677,78	32.226.830,00	10.0	12	31.376.222,29	-850.608	-3%	100%	<input type="checkbox"/>	10.0	M
			al 100% dei pazienti dimessi da ricovero e almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %											

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

33,7

3 - Obiettivi REGIONALI

9,7

8,4

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	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	>	%	0,00	90,00	1,2	12	58,74	-31	-35%	65%	<input type="checkbox"/>	0.8	M
			da aggiornare pre-consuntivo												
			dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale												

RT1a	>	%	100,00	1,8	12	85,71	-14	-14%	86%	<input type="checkbox"/>	1,6
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	1.8	12	51,46	8	18%	100%	<input type="checkbox"/>	1.8	M
E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing									

Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2

B1c3	Perseguimento delle Strategie regionali: Tempi di Attesa	RT12 Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG	>	si/no	1,00	0.6	12	0.25	-1	-75%	25%	<input type="checkbox"/>	0.2
		Percorso iniziato 54/915 MMG prenotano in generale. Nell'ambito della sanità di iniziativa prenotano il follow up nella quasi totalità dei casi											

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

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

* = 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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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	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>												
RT35	Perseguimento delle Strategie regionali: Riorganizzazione	RT35a	> si/no	1,00	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
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	0,9	12	1,00	0	0%	100%	*	0,9
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							
P52016	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52016	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4
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>												
4 - Ob Az: CC.UU.NN. DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE					3,6							
P49024	Definire un modello organizzativo unico per la continuità assistenziale da condividere con zone. DEU, CUUNN	i-P49024	> si/no	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6
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					3,6							
P29006	Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi	i-P29006	> si/no	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6
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					3,6							
P27004	ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio	i-P27004	> si/no	1,00	0,0	12					*	
Stesura del progetto entro 31/12/2017 <i>Esiste un gruppo di lavoro regionale che sta elaborando linee di indirizzo generali da contestualizzare successivamente nelle singole realtà aziendali. (vedere mail Michelotti del 28 Luglio 2017)</i>												
P27010	Unificare i percorsi assistenziali e le forniture degli ausili per i pazienti SLA	i-P27010	> si/no	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	*	3,6
Applicazione protocollo percorsi e fornitura degli ausili per pazienti SLA <i>procedura inviata da A. Gioia</i>												
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					3,6							

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P26O11	Progetto POR FSE	i-P26O11b	> %	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	cio
Potenziamento dei servizi di continuità - Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"													
Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni dell'attività													

P26O14	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26O14	> %	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	cio
monitoraggio e rilevazione dati													

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

P28O01	Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni	i-P28O01	> si/no	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	cio
Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03/2016													
Inviato materiale aggiornato													

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

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

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

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

5 - Obiettivi QUALITA' 15,0 15,0

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

		Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità' e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui													
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)													

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

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

Valutazione 2017

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	3,00	2,0	12	3,00	0	0%	100%	3*	2,0	- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget
Inviati 3 verbali di riunione														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3*		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
Obiettivo annullato														
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> %.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%	*	2,6	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)
		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 44 di 66

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_28L5

DISTRETTI (112)

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

112_61L5 **S.E.R.T. (112)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

33,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

7,8

6,3

B7	Copertura vaccinale	B7.4	> N.	11,20	25,00	2,6	12	14,29	-11	-43%	42%	2*	1,1	M	cio
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	Dati di zona				dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO fonte	Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Servizi di prevenzione in sanit? pubblica e veterinaria - Regione Toscana							cts

B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema	> %. <i>consuntivo da verificare</i>	80,00	0,0	12	61,66	-18	-23%	77%		0,0	cio che
-----------	----------------------	--	---	-------	-----	----	-------	-----	------	-----	--	-----	------------

B8.4.1	> %.	99,38	98,50	5.2	12	99,46	1	1%	100%		5.2	M	cio
Corretta identificazione del cittadino <i>consuntivo da verificare</i>													
(SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM .VACCINAZIONI,AD,RSA)													
<i>dato estratto da Infoview regionale</i>													

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

19,4

19,4

[illegible]

C6.2.1a	> %.	3,00	7,1	12	4,00	1	33%	100%	*	7,1	cio
Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a											cts
seguito di Audit GRC su evento significativo											
consuntivo da verificare											

Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale

C6.2.2	> N.	0,00	6,00	7,1	12	7,47	1	25%	100%	5*	7,1	M	cio
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													
consuntivo da verificare													
dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO													
cts													

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

C9a-F12b	<u>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</u>	C9a-F12b	> N.	3,00	0,0	12	2,38	-1	-21%	79%	0,0
		Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	da definire preconsuntivo e budget		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia						

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

7,8

7,8	
-----	--

E	<u>VALUTAZIONE INTERNA (E)</u>	E1	>	55,00	4,5	12	35,60	-19	-35%	100%	vr	*	4,5
		Percentuale di risposta all'indagine di clima		<i>valutazione al 100% in ragione del risultato aziendale che nel complesso pur non raggiungendo pienamente l'obiettivo (97%) registra la miglior performance regionale</i>									

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

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

Valutazione 2017

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	1,00	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	
<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>														
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo	0,00	90,00	0,0	12					*	
<i>Obiettivo N.V. :per DD non effettuano prescrizioni e per le prescrzioni specialistiche essendo spesso in anonimato hanno un percorso diverso</i>														
		RT1a	E-Prescription: 100% dei medici prescrittori che hanno fatto almeno 1 ricetta in dematerializzata (1^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo		100,00	0,0	12					*	
<i>Obiettivo N.V. :per DD non effettuano prescrizioni e per le prescrzioni specialistiche essendo spesso in anonimato hanno un percorso diverso</i>														

Pagina 47 di 66

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1b E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)	> %	39,77	43,75	0,0	12	51,46	8	18%	100%	* 0,0	M
-------------	--	---	-----	-------	-------	-----	----	-------	---	-----	------	-------	---

Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing

Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI	3,9	3,9
---	------------	------------

P52016	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52016 Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	> si/no	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	* 3,9
---------------	---	--	---------	------	-----	----	------	---	----	------	-------

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

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

non valutabile in quanto assenza di monitoraggio

4 - Ob Az: SERT	28,8	28,8
------------------------	-------------	-------------

P25003	Attività di educazione alla salute, di prevenzione e Sanità d'Iniziativa	i-P25003 Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG	> N.	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	* 6,2
---------------	---	---	------	------	-----	----	------	---	----	------	-------

L'evento è stato realizzato in quasi tutte le zone (ad eccezione della valdera)

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

posticipato al 2018

P25008	Definizione di un comune percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol dipendenti	i-P25008 Definizione di un documento per uniformare il percorso assistenziale ai detenuti tossico-alcol entro il.....	> si/no	1,00	6,2	12	1,00	0	0%	100%	* 6,2
---------------	---	--	---------	------	-----	----	------	---	----	------	-------

inviata procedura

P25009	Definizione di una procedura comune per l'invio in comunità degli utenti	i-P25009 Definizione di un protocollo per l'invio in comunità degli utenti entro il	> si/no	1,00	8,6	12	1,00	0	0%	100%	* 8,6
---------------	---	--	---------	------	-----	----	------	---	----	------	-------

sentire Varese

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

eliminato per le zone

P25011	Convenzione unica con AOU Pisana per esami tossicologici relativi agli accertamenti sui lavoratori a rischio	i-P25011 Definizione di una procedura/istruzione operativa	> si/no	1,00	0,0	12					*
---------------	---	---	---------	------	-----	----	--	--	--	--	---

nessuna evidenza della procedura, sentire Varese

Obiettivo annullato

P25012	Applicazione raccomandazioni della CTR sulla terapia della dipendenza da oppiacei	i-P25012 Riduzione spesa del 10% rispetto all'anno 2016	< %	-10,00	7,8	12	-13,47	-3	35%	100%	* 7,8
---------------	--	--	-----	--------	-----	----	--------	----	-----	------	-------

monitoraggio CdG consumi Suboxone: risultato 2017 -16%

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

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

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016											cts
		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)											
		Q01c	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui											cts
		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)											
		Q01d	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accREDITamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):											cts
		gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)											
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	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)											cts
		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12											
		Q04	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)											cts
		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)											cts
		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO											
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
		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											cts
		aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)											
		Q12	> si/no	1,00	0,0	12							cio
		Sviluppo del sistema di reporting and learning e analisi delle criticità con gli strumenti dell'audit/MeM:inserimento nel Si-GRC delle segnalazioni e degli incontri di approfondimento organizzati dal Facilitatore di riferimento entro un mese											cts
		non è calcolabile, non elaborato											

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

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

112_61L5

S.E.R.T. (112)

Totale pesi

95,0

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

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

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

UO/UF

112_62L5 U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA VIAREGGIO (112)

1 - Obiettivi MeS

35,0

23,7

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,4

5,8

B7	Copertura vaccinale	B7.4	> N.	11,20	25,00	1,1	12	14,29	-11	-43%	42%	2 *	0,4	M	cio
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	Dati di zona												cts

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

25,5

14,8

C15	Salute Mentale	C15.1	> %.	120,62	66,18	3,2	12	125,83	60	90%	100%	-1*	3,2	M	
		Tasso di utenti con almeno 10 giornate di attivita' domiciliare per 100.000 residenti maggiorenni													
		C15.2	> %.	38,26	54,50	3,2	12	41,18	-13	-24%	18%	1*	0,6	M	cio
		Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	Gen-Agosto 2016												cts
		C15.8	<	-2,27	-2,27	3,2	12	-2,27	0	0%	100%	-1*	3,2	M	
		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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

C15	Salute Mentale	C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< %	2,89	4,40	3,2	12	2,19	-2	-50%	100%	4 *	3,2	M
		dato MeS al 2018-10-01, livello di calcolo: Ospedale Unico Versilia												
		C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< %	3,92	4,29	3,2	12	7,48	3	74%	0%	1 *	0,0	
		dato MeS al 2018-05-08, livello Versilia, fonteFlusso SDO												
		C8a.5 Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	<	328,46	224,29	3,2	12	356,57	132	59%	0%	0 *	0,0	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	4,00	3,00	0,0	12					*		cio
		consuntivo da verificare												
		C6.2.1a Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC su evento significativo	> %.		3,00	1,1	12	0,00	-3	-100%	0%	*	0,0	cio
		consuntivo da verificare												
		Fonte Dati: Rischio clinico Aziendale												
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	7,00	6,00	1,1	12	7,47	1	25%	100%	5 *	1,1	M
		consuntivo da verificare												
		dato MeS al 2018-05-08, livello Ausl NO												
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	100,00	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	5 *	1,1	cio
		consuntivo da verificare												
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	3,2	12	2,38	-1	-21%	79%	*	2,5	
		da definire preconsuntivo e budget												
		valutazione media degli indicatori C9a e F12b Bersaglio mes 2017, livello di calcolo: zona Versilia												

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1 Percentuale di risposta all'indagine di clima	>		55,00	2,1	12	35,60	-19	-35%	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
		diminuzione rispetto all'anno precedente												
		Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live												

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI	10,0	9,2
-------------------------	------	-----

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	582.644,38	576.817,94	2,0	12	635.173,07	58.355	10%	60%	vr	3	1,2	cio
importi da verificare: budget 2017 tendenzialmente uguale al 2015 -1%															cts
scostamento relativamente significativo															
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	3.066.458,85	3.066.458,85	8,0	12	3.064.619,56	-1.839	0%	100%		*	8,0	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

3 - Obiettivi REGIONALI															8,1	7,4
B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no		1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%		*	0,7		
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>												
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	11,11	90,00	1,3	12	58,74	-31	-35%	60%		*	0,8	M	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale										
		RT1a	> %		100,00	1,3	12	85,71	-14	-14%	86%		*	1,2		
		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	2,0	12	51,46	8	18%	100%		*	2,0	M	
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1^ semestre)		da aggiornare pre-consuntivo		Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing										
Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2																
B1c7	Perseguimento delle Strategie regionali: Integrazione socio-sanitaria	RT16	> si/no		1,00	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7		
		Percorso Superamento OPG: presa in carico dei pazienti di propria competenza ed attivazione del relativo progetto personalizzato (da valutare positivamente il limitato ricorso alle REMS e la predisposizione di percorsi alternativi)														

Relazione REMS firma DS

4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI

* = 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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

P52016	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52016	> 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.													
P52028	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52028	> si/no	1,00	0,0	12					*		
Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta													
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio													
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					4,7								4,7
P26011	Progetto POR FSE	i-P26011	> %	1,00	3,4	12	1,00	0	0%	100%	*	3,4	
Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili:Attuazione/realizzazione progetti e rendicontazioni attività													
		i-P26011c	> %	1,00	0,0	12					*		
Progettazione POR FSE su inserimento lavorativo gravi marginalità													
P26012	Dopo di Noi applicazione L.112/2016 Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare	i-P26012	> %	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	
Progettazione "Dopo di Noi" applicazione L.112/2016													
P26014	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26014	> %	1,00	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	
monitoraggio e rilevazione dati													
4 - Ob Az: SALUTE MENTALE					19,5								19,5
P24002	Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI	i-P24002	> si/no	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	
Documento riferito agli adulti, contenente:1) censimento delle strutture residenziali;2) attribuzione in base alla calssificazione regionale3) valutazione della domanda complessiva 4) valutazione economica: costi per singola struttura e compartecipazi													
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													
P24005	Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione	i-P24005	> N.	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7	
Incontri periodici con le AFT													
		i-P24005a	> N.	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7	
Incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco													
sentire Sarlo													
P24007	Tempi di attesa visite psichiatriche	i-P24O07	> N.	1,00	0,0	12					*		
Rispetto dei tempi di attesa per la visita psichiatrica													
accesso diretto													
P24O08	Uniformare le modalità di accesso nell'applicazione del ticket per le visite psichiatriche	i-P24O08	> N.	1,00	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	4,7	
Procedura uniforme per tutta l'ATNO sulle modalità di accesso													
4 - Ob Az: SERT					0,0								

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

P25O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no SMIA e SMA	1,00	0,0	12						*	
posticipato al 2018													
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								
5 - Obiettivi QUALITA'					15,0								
B23	Qualità e Accreditamento	Q01b Supporto al processo di attestazione dei requisiti di esercizio (autorizzativi per le attività e gli edifici di pertinenza) da presentare alla RT entro l'anno 2017 secondo DPGR 79/R/2016	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
		Q01c Valutazione e adattamento delle pratiche per la sicurezza del paziente (PSP) e delle Raccomandazioni Ministeriali di pertinenza, secondo le specifiche definite dal Piano Qualità' e Sicurezza aziendale: attestazione delle UOS Rischio Clinico, anche a segui	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
		Q01d Autovalutaz. sul grado di raggiungim., da parte della struttura org.tiva, dei requisiti di accreditamento previsti dal processo a cui partecipa la struttura, secondo la nuova normativa sull'accreditamento (DPGR 79/R del 17.11.2016 e delibere conseguenti):	> %.	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accreditamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)													
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.	3,00	3,00	2,0	12	2,00	-1	-33%	30%	3	0,6
19/06 19/12 - nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget													
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0
il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra													
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3	
monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO													
Obiettivo annullato													
C6c	Rischio Clinico	Q10 Riorganizzazione e formazione della Rete aziendale per la Qualità e la Sicurezza :partecipazione ai corsi di formazione del personale convocato	> %.	90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%		*	2,6
aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)													

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

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

non è calcolabile, non elaborato

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

112_62L5

**U.F. SALUTE MENTALE
ADULTI ZONA VIAREGGIO
(112)**

Totale pesi

95,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

112_63L5 **SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA (112)**

1 - Obiettivi MeS

35,0

28,3

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

14,3

12,8

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

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

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

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

Obiettivo non pertinente per la struttura

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E1	>	55,00	3,9	12	35,60	-19	-35%	100%	vr	*	3,9	
---	-------------------------	----	---	-------	-----	----	-------	-----	------	------	----	---	-----	--

Percentuale di risposta all'indagine di clima

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

E2	Percentuale di assenza	< %.	13,99	11,04	0,0	12						0*		cio
----	------------------------	------	-------	-------	-----	----	--	--	--	--	--	----	--	-----

Percentuale di assenza

Consuntivo 2015 ex asl

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

dato di struttura non disponibile, valutazione sterilizzata

E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	796,00	795,00	2,6	12	713,00	-82	-10%	100%		*	2,6	M
----	-----------------------------------	------	--------	--------	-----	----	--------	-----	------	------	--	---	-----	---

Tasso di infortuni dei dipendenti

diminuzione rispetto all'anno precedente

Si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva degli infortuni in termini numerici a livello aziendale di 83 casi (-10,43% rispetto al 2016, Fonte SPP), con differenze tra ex asl, ma senza incrementi significativi da penalizzare. Live

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.310,96	585,09	2,0	12	532,70	-52	-9%	100%	3*	2,0	M
---	---	--------	------	----------	--------	-----	----	--------	-----	-----	------	----	-----	---

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

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

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

Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI

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

obiettivo non pertinente in quanto sulla zona esiste ospedale di comunità a gestione diretta

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

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

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

Obiettivo non valutato: non pertinente per la struttura

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2017

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

B18	Progetti di Razionalizzazione e Sviluppo	RT5	> si/no	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale											cts
<i>'Dal monitoraggio e dalle verifiche effettuate sugli obiettivi del Piano Anticorruzione non emergono situazioni di anomalia di comportamento. Riguardo alla formazione in materia di anticorruzione e trasparenza, nonché all'adozione e diffusione del Codice Etico, si rinvia a quanto descritto per il 2017 nel Piano Anticorruzione e trasparenza 2018-2020 adottato con delibera 65 del 01/02/2018. In particolare poi sugli obblighi di trasparenza si richiama il documento di attestazione OIV del 27/04/2018 di verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1 all'attestazione stessa.</i>													
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	0,00	90,00	1,0	12	58,74	-31	-35%	65%		M
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
dato riferito all'anno 2017 fonte Infoview regionale													
		RT1a	> %		100,00	1,5	12	85,71	-14	-14%	86%		
		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	1,5	12	51,46	8	18%	100%		M
		E-Prescription: almeno il 10% di prescrizioni in dematerializzata rispetto all'anno precedente (1° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo										
Fonte dati: ATNO Miglioramento Processi Organizzativi e Auditing													
Utilizzato per la valutazione indicatore di proxy MES B24b.2													
4 - Ob Az: AREA TECNOSTRUTTURA TRASVERSALI					1,5							1,5	
P52016	Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN	i-P52016	> si/no	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5	
		Rispetto del cronoprogramma e della tempistica per le alimentazioni contabili verso la CO.AN											
la valutazione è stata effettuata sull'ultimo trimestre fornito dalla co.an.													
P52028	Predisposizione dei capitolati tecnici di gara per le strutture residenziali e semiresidenziali	i-P52028	> si/no	1,00	0,0	12							
		Definizione dei capitolati tecnici di gara entro 30 gg. Dall'invio della richiesta											
Obiettivo non pertinente per la struttura													
non valutabile in quanto assenza di monitoraggio													
4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA					9,3							9,3	
P31001	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31001	> SI/NO	1,00	9,3	12	1,00	0	0%	100%		9,3	
		Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)											
definita procedura per linee di indirizzo operativo per la costituzione dell'Unità di Valutazione Minori (UVMi) a livello delle Zone per valutazione competenze genitoriali													
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA					0,5							0,5	
P26014	Applicazione Decreto interministeriale relativo al FNA per le gravissime disabilità anno 2016	i-P26014	> %	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		0,5	cio
		monitoraggio e rilevazione dati											
4 - Ob Az: SMIA					18,5							18,5	
P24002a	Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)	i-P24002a	> si/no	1,00	9,3	12	1,00	0	0%	100%		9,3	
		Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta	Direttori DP, Professioni sanitarie MINORI										

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

P30O03	<u>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</u>	i-P30O03	> SI/N O	1,00	9,3	12	1,00	0	0%	100%	*	9,3
1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre)												

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

13,6

B23	Qualità e Accreditamento	Q01b	> %.		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
		Q01c	> %.		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
		Q01d	> %.		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	gli indicatori di qualità' anno 2017 sono stati pienamente raggiunti come dimostrano le attestazioni dell'accREDITamento inviate in Regione (mail FN del 2018-09-17)
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	3,00	2,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,6	- nella valutazione è stata tenuta in considerazione anche la fascia MeS in ragione dell'esito dell'indagine di clima 2017, relativamente alla conoscenza del budget
		Q04	> %		1,00	2,0	12	1,00	0	0%	100%	*	2,0	il resp. Comunicazione conferma che tutti i dipartimenti hanno partecipato alla restituzione dei risultati dell'indagine di clima interno e che, in ogni dipartimento la restituzione è stata effettuata a cascata con il personale delle singole strutture, ra
B3az	Valutazione esterna: Comunicazione al cittadino (az)	Q02a	> N.	81,54	82,00	0,0	12					3		monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 (Percentuale impegni raggiunti) bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO
														Obiettivo annullato
C6c	Rischio Clinico	Q10	> %.		90,00	2,6	12	90,00	0	0%	100%	*	2,6	aver realizzato un certo numero di corsi per i facilitatori (ERMIONE)

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

ZONA DISTRETTO VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

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

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

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

non è calcolabile, non elaborato

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

112_63L5

**SALUTE MENTALE INFANZIA
E ADOLESCENZA (112)**

Totale pesi

95,0

Pesi
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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

UO/UF

112_99L5 **SUPPORTO AMMINISTRATIVO ZONA VIAREGGIO****1 - Obiettivi MeS****7,5****7,0****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****2,5****2,0**

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1	% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	>	%.	1,00	0,9	12					50%	vr		*	0,5	
Si riconosce raggiungimento 50% per difetti di funzionamento del nuovo portale web installato nelle farmacie e segnalati dalle stesse, in particolare su Massa Carrara, quindi a fattori imprevisi e non dipendenti dal servizio.																		
B8	Gestione Dati	B8.4.1	Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	>	%.	1,00	0,2	12					100%	vr		*	0,2	cio
cts																		
		B8.4.10	Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA	>	N.	1,00	0,2	12					69%	vr		*	0,1	cio
		B8.4.23	% di copertura STS11 ADRSA Semiresidenziali	>	N.	1,00	0,2	12					100%	vr		*	0,2	cio
		B8.4.24	% di correttezza RFC ADRSA Semiresidenziali	>	N.	1,00	0,2	12					100%	vr		*	0,2	cio
		B8.4.25	% di copertura STS11 ADRSA Residenziali	>	N.	1,00	0,2	12					100%	vr		*	0,2	cio
		B8.4.26	% di correttezza RFC ADRSA Residenziali	>	N.	1,00	0,0	12					6%	vr		*	0,0	cio
		B8.4.27	Coerenza Modello STS24 Semiresidenziali (LEA)	>	N.	1,00	0,2	12					100%	vr		*	0,2	cio
		B8.4.28	Coerenza Modello STS24 Residenziali (LEA)	>	N.	1,00	0,2	12					100%	vr		*	0,2	cio
		B8.4.3c	Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare)	>	N.	1,00	0,2	12					100%	vr		*	0,2	cio

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 VIAREGGIO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2017**

Consuntivo 2016 Budget 2017 * Pesì Mese Consuntivo 2017 Scost.Scost. % 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 Inclusion 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".

112_99L5

**SUPPORTO AMMINISTRATIVO
ZONA VIAREGGIO**

Totale pesì

97,5

Pesì
p1 P2

Valutazione
p1 P2

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

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

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