

## Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2016

STAFF

### STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

**Responsabile:** Fulvio Bessi

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.*

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

STAFF

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Responsabile:

Macrostruttura

STAFF STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Fulvio Bessi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

## 1 - Obiettivi MeS

20,0 0,0 17,3 0,0

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

3,3 0,0 2,5 0,0

<b>B24</b>	<b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>	B24.1	> %.	57,83	66,63	1,2	0,0	12	29,61	-37	-56%	30%	3*	0,3	0,0
		% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	obiettivo adeguato al decr 6377; consuntivo 2014, da aggiornare al 2015		\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO										

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	1,2	0,0	12	85,00	5	6%	100%	3	1,2	0,0
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo da verificare		fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202										

cio  
cts

B8.4.13	>	N.	90,00	1,0	0,0	12	98,28	8	9%	100%	*	1,0	0,0
Qualità del flusso informativo SPA		fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)											

cio  
cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

10,9 0,0 9,1 0,0

C6c	Rischio Clinico	C6.1.4	> N.	63,85	64,86	0,6	0,0	12	71,21	6	10%	100%	4	0,6	0,0
		Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri		Anno 2014. Budget da definire		\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale									

C6.2.1	>	%.	1,51	21,00	2,3	0,0	12	7,00	-14	-67%	68%	4*	1,6	0,0
Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)				sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE										

cio  
cts

C6.2.2	>	N.	3,24	42,00	2,3	0,0	12	2,00	-40	-95%	50%	5	1,2	0,0
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		sommatoria dei dati di UU.OO. all'interno del/della STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE												

cio  
cts

C6.5.3	> N.	79,20	85,00	0,0	0,0	12								
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								

cio  
cts

C6.5.4	> N.	68,29	85,00	0,0	0,0	12								
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere		consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								

cio  
cts

C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,2	0,0	12	88,20	8	10%	100%	4	1,2	0,0
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									

cio  
cts

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

C6c	Rischio Clinico	C6.5.6	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	> N.	99,20	75,00	1,2	0,0	12	99,20	24	32%	100%	5*	1,2	0,0	cio			
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		\ Dato 2016 - Asl NO \ Dato 2016 - Asl NO											cts			
				C6.5.7	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	> N.	66,67	90,00	1,2	0,0	12	90,00	0	0%	100%		1,2	0,0	M	cio
				consuntivo 2015 (da verificare), budget secondo dgrt 208/2016		valutaz. 2017-11-05											cts			
				C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,2	0,0	12	2,66	0	-11%	100%	3*	1,2	0,0	cio	
				consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016		\ Dato 2015 - Asl NO \ Dato 2016 - Asl NO											cts			
				C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N.	83,33	100,00	1,2	0,0	12	100,00	0	0%	100%	4*	1,2	0,0	M	cio
				Anno 2014. Budget da definire		\ Dato 2015 - Asl NO \ Dato 2016 - Asl NO											cts			

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0 *			cio	
		Percentuale di assenza		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts	
		E3	< %.	815,00	799,00	5,8	0,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	5,8	0,0	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO										cts	

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI															15,0	0,0						14,1	0,0
F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	597.314,85	591.341,70	13,2	0,0	12	420.456,77	-170.885	-29%	100%	3 *	13,2	0,0	aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)							
				tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)																			

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

**50,0** **0,0** **47,5** **0,0**

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

3 - Obiettivi REGIONALI										1,2	0,0	1,2	0,0		
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,3	0,0	12	1,00	0	0%	100%	0,3	0,0	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale										assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27					
		RT5b	> si/no	0,00	1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	1,0	0,0	M
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale										assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27					
4 - Ob Az: CDG										13,5	0,0	11,9	0,0		
P29006	Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI-ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi	i-P29O06	> si/no	0,00	1,00	0,2	0,0	12	1,00	0	0%	100%	0,2	0,0	M
Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)										Verifica aggiornata al 2017-08-25 /					
STF_01	CDG: Supporto Processo di Budget Aziendale	i-STF_01a	>	0,00	1,00	1,9	0,0	12	1,00	0	0%	100%	1,9	0,0	M
a) Conclusione 1° fase con firma definitiva schede dipartimento										/ entro il 31/03/2016					
		i-STF_01b	>	0,00	1,00	1,9	0,0	12	0,75	0	-25%	75%	1,4	0,0	M
b) Conclusione 2° fase con firma definitiva schede strutture										/ entro il 30/04/2016					
										DA TARARE IN RELAZIONE ALLE % DEI CDG DELLE SINGOLE EX ASL					
		i-STF_01c	>	0,00	1,00	1,9	0,0	12	1,00	0	0%	100%	1,9	0,0	M
c) Monitoraggio periodico del budget (trimestrale o quadrimestrale) sia alla Direzione sia alle Strutture (reportistica economica e di attività)										/ si					
										verifica di giugno e di settembre					
STF_02	CDG: Implementazione universi con predisposizione tracciati da consegnare ad ESTAR	i-STF_02a	>		1,00	0,0	0,0	12							
a) Percorso chirurgico										obiettivo annullato					
										Obiettivo parzialmente raggiunto per il quale si propone il 75% del raggiungimento, in quanto effettuati i lavori preparatori per l'implementazione del tracciato abbiamo concordato, su proposta di Estar, di rimandare all'anno in corso (2017) l'invio del tracciato e la costruzione dell'universo successivamente alla completa installazione della nuova procedura CUP 2.0 in tutte le ex aziende. (RF 2017-10-13: dimezzato il peso per la dirigenza, portato a 1 per il comparto)					
		i-STF_02b	>		1,00	0,4	0,0	12	1,00	0	0%	100%	0,4	0,0	
b) Attività ambulatoriale (CUP)										Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.					
		i-STF_02c	>		1,00	0,4	0,0	12	1,00	0	0%	100%	0,4	0,0	
c) ADT										Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.					
STF_03	CDG: qualità dei flussi dati inviati in regione o al ministero	i-STF_03	>		1,00	1,0	0,0	12	0,75	0	-25%	75%	0,7	0,0	
implementazione di una procedura di verifica e di miglioramento della qualità del dato mediante interfaccia tra estar e servizi produttori delle informazioni										predisposto progetto, implementazione parziale					
STF_04	CDG: Implementazione reportistica	i-STF_04a	>	0,00	1,00	1,0	0,0	12	0,75	0	-25%	75%	0,7	0,0	M
a) Predisposizione report sintetico direzionale										/ si					
										Obiettivo non raggiunto a causa dell'impossibilità di utilizzare lo strumento Dashboard in dotazione (SAP BO) per la costruzione di cruscotti direzionali.					

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>STF_04</b>	<b>CDG: Implementazione reportistica</b>	i-STF_04b b) Predisposizione report analitico costi consumi sanitari e non sanitari	> / si	0,00	1,00	1,0	0,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,7	0,0	M
Obiettivo raggiunto. Attivata procedura interna condivisa con le strutture afferenti all'Area P&C																	
		i-STF_04c c) Predisposizione report spesa farmaceutica in collaborazione con Dipartimento farmaco	> / si	0,00	1,00	1,0	0,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,7	0,0	M
Obiettivo raggiunto. Sono stati predisposti numerosi report "forse più del dovuto" ad uso e consumo del Dipartimento del Farmaco e della Direzione Aziendale.																	
		i-STF_04d d) Definizione architettura reportistica con Direzione Aziendale	> / si	0,00	1,00	1,0	0,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,7	0,0	M
<b>STF_05</b>	<b>CDG: Adempimenti sulla TRASPARENZA: N. report pubblicati in tempi e modi corretti / N. report da pubblicare in tempi e modi corretti (report proposti all'approvazione della direzione entro i tempi di pubblicazione)</b>	i-STF_05 Piano della Performance; Relazione sulla Performance	>		1,00	1,1	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	0,0	
il Piano della Performance 2016-2018 è stato definito a marzo 2017 come allegato al Piano della Performance 2017-2019; la motivazione del ritardo è attribuibile al fatto che tutto l'anno 2016 è stato impiegato per definire il modello univoco della nuova A																	
<b>STF_06</b>	<b>CDG: Implementazione nuova procedura contabile</b>	i-STF_06 Implementazione di nuova procedura contabile in collaborazione tra CdG e COAN (messa a regime entro ottobre 2016)	> si/no / si	0,00	1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0	M
la procedura è stata definita ma la messa a regime per il 2016 è stata parzialmente completata																	
<b>4 - Ob Az: Comunicazione</b>						<b>15,3</b>	<b>0,0</b>									<b>14,4</b>	<b>0,0</b>
<b>IR com i</b>	<b>Comunicazione intranet</b>	IR062 Intranet:1) Creazione di una redazione aziendale	> si/no 1) entro marzo2) entro aprile3) entro settembre		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0	
		IR063 Intranet:2) creazione di uno spazio dedicato alle info di USL TNO in ciascuna intranet zonale	> si/no		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0	
		IR064 Intranet:3) creazione di una piattaforma condivisa per la comunicazione tra i professionisti coinvolti nei progetti di riorganizzazione	> si/no 1) entro marzo2) entro aprile3) entro settembre		1,00	1,0	0,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	0,7	0,0	
<b>STF_56</b>	<b>Comunicazione: Organizzazione ed attuazione degli eventi pubblici con una procedura comune</b>	i-STF_56 % eventi organizzati	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0	
<b>STF_57</b>	<b>Comunicazione: Supporto alla fase di costituzione dell'azienda attraverso: incontri con la dirigenza, con le PP.OO., con i Coordinatori</b>	i-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0	
		i-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0	

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 % Valutazione

STF 57	<u>Comunicazione: Supporto alla fase di costituzione dell'azienda attraverso: incontri con la dirigenza, con le PP.OO., con i Coordinatori</u>	i-STF_57b 2) Mail informativa ai dipendenti con cadenza almeno settimanale	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0
		i-STF_57c 3) Elaborazione piano per la sostituzione del logo (segnaletica, auto, ecc.) in collaborazione con Area Tecnica	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0
STF 59	<u>Comunicazione: Sito WEB</u>	i-STF_59 Creazione di una redazione aziendale entro aprile in rapporto con Regione Toscana	> entro marzo	0,00	1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0 M
												raggiungimento 100% -				
STF 60	<u>Comunicazione: social network</u>	i-STF_60a Apertura profilo twitter	> app	0,00	1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0 M
		i-STF_60b Apertura profilo facebook	> app	0,00	1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0 M
												raggiungimento 100% -				
STF 61	<u>Comunicazione: Uffici stampa</u>	i-STF_61 Costituzione di una redazione unica con sistema di reperibilità h24	> Proposta entro Aprile	0,00	1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0 M
STF 62	<u>Comunicazione: Redazione di un TG della sanità di area vasta da far circolare sia tramite canali interni (monitor nelle sale d'attesa già presenti nelle strutture) sia all'esterno tramite YouTube</u>	i-STF_62 Proposta operativa	>		1,00	1,0	0,0	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,5	0,0
STF 63	<u>Comunicazione: Procedura unica URP e Tutela comprensiva di modulistica</u>	i-STF_63a 1) Redazione procedura	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0
		i-STF_63b 2) N. esposti trattati secondo procedura / N. esposti totali	>		1,00	1,0	0,0	12	0,90	0	-10%	90%		*	0,9	0,0
STF 64	<u>Comunicazione: Monitoraggio azioni di miglioramento</u>	i-STF_64 1) Redazione procedura entro giugno	>		1,00	0,0	0,0	12						*		
		i-STF_64b 2) N azioni monitorate secondo procedura	>		1,00	0,0	0,0	12						*		
STF 66	<u>Comunicazione: proposta di sviluppo del contact center unico di area vasta comprensivo del sito web dedicato all'orientamento sui percorsi che sia la base comune degli operatori di contact center entro dicembre</u>	i-STF_66 entro dicembre	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	0,0

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

4 - Ob Az: Formazione 6,4 0,0 6,4 0,0

STF 18	Formazione: Redazione Piano di formazione	i-STF_18 Invio in Regione entro 30/04	> / entro aprile	1,00	<span>2,7</span>	<span>0,0</span>	12	1,00	0	0%	100%	<span>2,7</span>	<span>0,0</span>
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:													
STF 19	Formazione: Organizzazione 1 evento l'anno (in più edizioni) per tutti i coordinatori infermieristici, ostetrici e tecnici	i-STF_19 Organizzazione 1 evento entro l'anno (in più edizioni)	>	1,00	<span>0,2</span>	<span>0,0</span>	12	1,00	0	0%	100%	<span>0,2</span>	<span>0,0</span>
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:													
STF 21	Formazione: Modifica anagrafe formativa per estrazione dati su rischio clinico	i-STF_21 Progetto per ESTAR	>	1,00	<span>0,0</span>	<span>0,0</span>	12						
obiettivo non realizzati in mancanza delle linee guida regionali , quindi non valutabile													
STF 22	Formazione: Standardizzazione procedure di coinvolgimento dei MMG nella formazione	i-STF_22 Standardizzazione	>	0,00	1,00	<span>0,2</span>	<span>0,0</span>	12	0,75	0	-25%	75%	<span>0,1</span> <span>0,0</span> M
la procedura è stata redatta ma non ancora condivisa con la medicina generale per la mancata nomina del direttore del dipartimento													
STF 23	Formazione: Standardizzazione procedure	i-STF_23a 1) Aggiornamento collettivo	> / entro dicembre	1,00	<span>1,1</span>	<span>0,0</span>	12	1,00	0	0%	100%	<span>1,1</span>	<span>0,0</span>
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:													
		i-STF_23b 2) Aggiornamento individuale	> / entro dicembre	1,00	<span>1,1</span>	<span>0,0</span>	12	1,00	0	0%	100%	<span>1,1</span>	<span>0,0</span>
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:													
		i-STF_23c 3) Sponsorizzazioni entro giugno	> / entro dicembre	0,00	1,00	<span>1,1</span>	<span>0,0</span>	12	1,00	0	0%	100%	<span>1,1</span> <span>0,0</span> M

4 - Ob Az: IP. NUTRIZIONE 0,2 0,0 0,2 0,0

P20O02a	Valutazione dell'estensione della Intranet in uso a Lucca e Viareggio alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, finalizzata alla condivisione degli strumenti di lavoro	i-P20O02a Attuazione cronoprogramma	> si/no	1,00	<span>0,2</span>	<span>0,0</span>	12	1,00	0	0%	100%	<span>0,2</span>	<span>0,0</span>
---------	---	--	---------	------	------------------	------------------	----	------	---	----	------	------------------	------------------

cio  
cts4 - Ob Az: QUALITA' E ACCREDITAMENTO 6,7 0,0 6,7 0,0

STF 42	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i format delle procedure aziendali	i-STF_42	>	1,00	<span>1,0</span>	<span>0,0</span>	12	1,00	0	0%	100%	<span>1,0</span>	<span>0,0</span>
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:													
STF 43	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare la metodologia di redazione delle procedure aziendali	i-STF_43 Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016	>	1,00	<span>1,0</span>	<span>0,0</span>	12	1,00	0	0%	100%	<span>1,0</span>	<span>0,0</span>
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:													
STF 44	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Mappare lo stato di verifica dei requisiti di accreditamento ed autorizzazione e le modalità di controllo delle procedure	i-STF_44 Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016	>	1,00	<span>1,0</span>	<span>0,0</span>	12	1,00	0	0%	100%	<span>1,0</span>	<span>0,0</span>
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:													

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS



## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

STF 45	<u>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Effettuare simulazioni di visite per le strutture funzionali in attesa di verifica</u>	i-STF_45 nr visite	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
STF 46	<u>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i manuali di qualità delle strutture funzionali che svolgono la stessa attività standardizzando i protocolli e la documentazione</u>	i-STF_46 Produzione documento	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
mail AB del 08/09/2017 - note: i.e.: dare una forma omogenea ai manuali delle strutture omologhe . Ambito riferimento:															
STF 47	<u>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Definire le criticità delle SOF oggetto di accreditamento non ancora verificate dal gruppo regionale, con riferimento ai dati 2014</u>	i-STF_47 Produzione documento di sintesi su format predefinito	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
STF 48	<u>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Valutare l'effetto delle azioni di miglioramento delle SOF già verificate con prescrizioni dal gruppo regionale</u>	i-STF_48 Produzione documento di sintesi su format predefinito	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
4 - Ob Az: Rischio clinico						6,7	0,0							6,7	0,0
IR ris	<u>Rischio clinico</u>	IR206 Mappare la rete dei facilitatori del rischio clinico per la verifica della loro diffusione capillare	> si/no	0,00	1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
Entro aprile															
		IR208 Uniformare i livelli minimi di di applicazione dell'incident reporting all'interno delle strutture funzionali	> si/no	0,00	1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
M															
STF 21	<u>Formazione: Modifica anagrafe formativa per estrazione dati su rischio clinico</u>	i-STF_21b Progetto per ESTAR	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
valutaz. 2017-11-05															
STF 34	<u>Rischio clinico: verificare la diffusione ed applicazione delle buone pratiche e raccomandazioni ministeriali all'interno delle aree funzionali ed uniformare l'implementazione</u>	i-STF_34 una verifica annua per area funzionale	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
STF 35	<u>Rischio clinico: Definire le modalità di verifica dell'applicazione delle buone pratiche e raccomandazioni ministeriali</u>	i-STF_35 Elaborazione documento	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
STF 36	<u>Rischio clinico: Implementare lo strumento dell'audit al fine di migliorare la sicurezza delle cure e ridurre il contenzioso</u>	i-STF_36 3 annui per ogni azienda	>		1,00	1,0	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	0,0
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

mail AB del 08/09/2017 - note: - Ambito riferimento

## 5 - Obiettivi QUALITA'

## 5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %	70,00	70,00	6,8	0,0	12	70,00	0	0%	100%	*	6,8	0,0	
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 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		1,4	0,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,4	0,0	
verbalità da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12																	
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget -																	
		Q03	COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %	100,00		1,4	0,0	12	100,00	0	0%	100%	*	1,4	0,0	
100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)																	
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)																	
		Q04	COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %	60,00		5,5	0,0	12	60,00	0	0%	100%	*	5,5	0,0	
60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)																	
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)																	

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesi Mese Consuntivo Scost. Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
STAFF	STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE	Totale pesi	100,00,0	92,90,0	

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

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

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

STAFFA

## AREA DELLA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_IISU9160 **CONTROLLO DI GESTIONE PERF.CE AZIENDALE (101)**

BIAGIO MARSIGLIA

**1 - Obiettivi MeS**

10,0	10,0	10,0	10,0
------	------	------	------

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

8,3	8,3	8,3	8,3
-----	-----	-----	-----

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	82,70	80,00	8,3	8,3	12	85,00	5	6%	100%	3 *	8,3	8,3	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	80%														cts

fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202

Obiettivo raggiunto. Si chiede l'inserimento del dato di Ex azienda (85,12% ultimo dato a nostra disposizione)

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

1,7	1,7	1,7	1,7
-----	-----	-----	-----

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	0,0	12					0 *				cio
		Percentuale di assenza	6,77														cts

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

E3	< %.	815,00	799,00	1,7	1,7	12	796,00	-3	0%	100%		*	1,7	1,7	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti														cts

Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

3,0	3,0	3,0	3,0
-----	-----	-----	-----

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

3,0	3,0	3,0	3,0
-----	-----	-----	-----

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	84,30	83,46	3,0	3,0	12	287,75	204	245%	100%	vr	3 *	3,0	3,0	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI															cts

tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)

RF: importo irrisorio e peso elevato dell'indicatore, si considera raggiunto in considerazione del fatto che anche l'importo di consuntivo è assimilabile al budget per ordine di grandezza

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**

72,0	72,0	65,8	70,7
------	------	------	------

## 3 - Obiettivi REGIONALI

3,0	6,1	3,0	6,1
-----	-----	-----	-----

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,0	4,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	4,1	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	Rispetto indicazioni del responsabile aziendale															cts

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

RT5b	> si/no		1,00	1,0	2,0	12	1,00	0	0%	100%		*	1,0	2,0		cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale														cts

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

## 4 - Ob Az: CDG

69,0	65,9	62,9	64,6
------	------	------	------

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

STF_01	CDG: Supporto Processo di Budget Aziendale	i-STF_01a a) Conclusione 1° fase con firma definitiva schede dipartimento	>	0,00	1,00	9,9	20,3	12	1,00	0	0%	100%		*	9,9	20,3	M
Obiettivo raggiunto																	
		i-STF_01b b) Conclusione 2° fase con firma definitiva schede strutture	>	0,00	1,00	9,9	10,1	12	1,00	0	0%	100%		*	9,9	10,1	M
DA TARARE IN RELAZIONE ALLE % DEI CDG DELLE SINGOLE EX ASL																	
Obiettivo raggiunto																	
		i-STF_01c c) Monitoraggio periodico del budget (trimestrale o quadrimestrale) sia alla Direzione sia alle Strutture (reportistica economica e di attività)	>	0,00	1,00	9,9	20,3	12	1,00	0	0%	100%		*	9,9	20,3	M
c) Monitoraggio periodico del budget (trimestrale o quadrimestrale) sia alla Direzione sia alle Strutture (reportistica economica e di attività)																	
Obiettivo raggiunto																	
STF_02	CDG: Implementazione universi con predisposizione tracciati da consegnare ad ESTAR	i-STF_02a a) Percorso chirurgico	>	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*			
c) ADT																	
Obiettivo parzialmente raggiunto per il quale si propone il 75% del raggiungimento, in quanto effettuati i lavori preparatori per l'implementazione del tracciato abbiamo concordato, su proposta di Estar, di rimandare all'anno in corso (2017) l'invio del tracciato e la costruzione dell'universo successivamente alla completa installazione della nuova procedura CUP 2.0 in tutte le ex aziende. (RF 2017-10-13: dimezzato il peso per la dirigenza, portato a 1 per il comparto)																	
		i-STF_02b b) Attività ambulatoriale (CUP)	>	0,00	1,00	2,0	4,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	4,1	M
b) Attività ambulatoriale (CUP)																	
Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.																	
		i-STF_02c c) ADT	>	0,00	1,00	2,0	4,1	12	1,00	0	0%	100%		*	2,0	4,1	M
a) Percorso chirurgico																	
Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.																	
STF_03	CDG: qualità dei flussi dati inviati in regione o al ministero	i-STF_03 implementazione di una procedura di verifica e di miglioramento della qualità del dato mediante interfaccia tra estar e servizi produttori delle informazioni	>	0,00	1,00	4,9	1,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	3,7	0,8	M
Implementazione di una procedura di verifica e di miglioramento della qualità del dato mediante interfaccia tra estar e servizi produttori delle informazioni																	
Obiettivo raggiunto. E' stato attivato il "Progetto MQF". (documentazione agli atti)																	
STF_04	CDG: Implementazione reportistica	i-STF_04a a) Predisposizione report sintetico direzionale	>	0,00	1,00	4,9	1,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	3,7	0,8	M
d) Definizione architettura reportistica con Direzione Aziendale																	
Obiettivo non raggiunto a causa dell'impossibilità di utilizzare lo strumento Dashboard in dotazione (SAP BO) per la costruzione di cruscotti direzionali. A tale proposito si chiede la redistribuzione del peso tra gli altri obiettivi dell'area (RF 2017-10-13: dimezzato il peso per la dirigenza, portato a 1 per il comparto)																	
		i-STF_04b b) Predisposizione report analitico costi consumi sanitari e non sanitari	>	0,00	1,00	4,9	1,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	3,7	0,8	M
d) Definizione architettura reportistica con Direzione Aziendale																	
Obiettivo raggiunto. Attivata procedura interna condivisa con le strutture afferenti all'Area P&C																	
		i-STF_04c c) Predisposizione report spesa farmaceutica in collaborazione con Dipartimento farmaco	>	0,00	1,00	4,9	1,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	3,7	0,8	M
d) Definizione architettura reportistica con Direzione Aziendale																	
Obiettivo raggiunto. Sono stati predisposti numerosi report "forse più del dovuto" ad uso e consumo del Dipartimento del Farmaco e della Direzione Aziendale.																	

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. % Valutazione  
2015 2016 2016

STF_04	CDG: Implementazione reportistica	i-STF_04d d) Definizione architettura reportistica con Direzione Aziendale	>	0,00	1,00	4,9	1,0	12	0,75	0	-25%	75%		*	3,7	0,8	M
--------	-----------------------------------	---	---	------	------	-----	-----	----	------	---	------	-----	--	---	-----	-----	---

Obiettivo non raggiunto a causa delle numerose e conosciute criticità della procedura DP (anche lato BI). A tale proposito si chiede la redistribuzione del peso tra gli altri obiettivi dell'area

STF_05	CDG: Adempimenti sulla TRASPARENZA: N. report pubblicati in tempi e modi corretti / N. report da pubblicare in tempi e modi corretti (report proposti all'approvazione della direzione entro i tempi di pubblicazione)	i-STF_05 Piano della Performance; Relazione sulla Performance	>	0,00	1,00	5,9	1,0	12	1,00	0	0%	100%		*	5,9	1,0	M
--------	--	--	---	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---

il Piano della Performance 2016-2018 è stato definito a marzo 2017 come allegato al Piano della Performance 2017-2019; la motivazione del ritardo è attribuibile al fatto che tutto l'anno 2016 è stato impiegato per definire il modello univoco della nuova ASL non solo come budget, ma anche come intero processo di Programmazione controllo; considerato tutto si valuta il raggiungimento al 90% (RF 2017-07-27) idem per la relazione sulla performance 2015 che è stata adottata a marzo 2017.

STF_06	CDG: Implementazione nuova procedura contabile	i-STF_06 Implementazione di nuova procedura contabile in collaborazione tra CdG e COAN (messa a regime entro ottobre 2016)	> si/no	0,00	1,00	4,9	1,0	12	1,00	0	0%	100%		*	4,9	1,0	M
--------	--	---	---------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---

la procedura è stata definita ma la messa a regime per il 2016 è stata parzialmente completata

Obiettivo raggiunto. La nuova procedura è stata implementata a maggio 2016

## 5 - Obiettivi QUALITA'

## 5 - Obiettivi QUALITA'

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. verbali di tre incontri	3,00	2,5	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	*	2,5	2,5		cio
------	---	--	---------------------------------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	---	---	-----	-----	--	-----

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale dirigenziale e comparto) (mail LP del 25/07/2017)

		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> % 100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)	100,00	5,0	5,0	12	100,00	0	0%	100%		*	5,0	5,0		cio
--	--	--	--	--------	-----	-----	----	--------	---	----	------	--	---	-----	-----	--	-----

UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)

		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % 60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)	60,00	7,5	7,5	12	60,00	0	0%	100%		*	7,5	7,5		cio
--	--	---	--	-------	-----	-----	----	-------	---	----	------	--	---	-----	-----	--	-----

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_IISU	<b>CONTROLLO DI GESTIONE</b>	Totale pesi		93,8	98,7
9160	<b>PERF.CE AZIENDALE (101)</b>	100,0	100,0		

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

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

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS



UO/UF

102\_101002 **S.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE (102)**

ALESSANDRO BENEDETTI

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

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	82,70	80,00	3,3	3,3	12	85,00	5	6%	100%	3	3,3	3,3	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES													cts
		B8.4.13	> N.		90,00	3,3	3,3	12	98,28	8	9%	100%		3,3	3,3		cio
		Qualità del flusso informativo SPA		/ 90													cts

fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202

fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0				cio
		Percentuale di assenza		/ 6,36													cts
		E3	< %.	815,00	799,00	3,3	3,3	12	796,00	-3	0%	100%		3,3	3,3	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere													cts

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

**2 - Obiettivi ECONOMICI****2 - Obiettivi ECONOMICI**

<b>E</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	223,33	221,10	3,0	3,0	12	108,15	-113	-51%	100%	3	3,0	3,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		/ Min(valore 2014;valore 2015-1%) / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)													cts

aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI****3 - Obiettivi REGIONALI**

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,8	3,3	12	1,00	0	0%	100%		1,8	3,3	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		/ si													cts
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	1,4	2,6	12	1,00	0	0%	100%		1,4	2,6		cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		/ si													cts

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

4 - Ob Az: CDG

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

STF_01	CDG: Supporto Processo di Budget Aziendale	i-STF_01a a) Conclusione 1° fase con firma definitiva schede dipartimento	>	0,00	1,00	8,8	16,3	12	1,00	0	0%	100%	*	8,8	16,3	M
		i-STF_01b b) Conclusione 2° fase con firma definitiva schede strutture	>	0,00	1,00	8,8	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,8	8,1	M
														DA TARARE IN RELAZIONE ALLE % DEI CDG DELLE SINGOLE EX ASL		
		i-STF_01c c) Monitoraggio periodico del budget (trimestrale o quadrimestrale) sia alla Direzione sia alle Strutture (reportistica economica e di attività)	>	0,00	1,00	8,8	16,3	12	1,00	0	0%	100%	*	8,8	16,3	M
														c) Monitoraggio periodico del budget (trimestrale o quadrimestrale) sia alla Direzione sia alle Strutture (reportistica economica e di attività)		
STF_02	CDG: Implementazione universi con predisposizione tracciati da consegnare ad ESTAR	i-STF_02a a) Percorso chirurgico	>	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*			
														obiettivo annullato		
														Obiettivo parzialmente raggiunto per il quale si propone il 75% del raggiungimento, in quanto effettuati i lavori preparatori per l'implementazione del tracciato abbiamo concordato, su proposta di Estar, di rimandare all'anno in corso (2017) l'invio del tracciato e la costruzione dell'universo successivamente alla completa installazione della nuova procedura CUP 2.0 in tutte le ex aziende. (RF 2017-10-13: dimezzato il peso per la dirigenza, portato a 1 per il comparto)		
		i-STF_02b b) Attività ambulatoriale (CUP)	>	0,00	1,00	1,8	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	3,3	M
														Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.		
		i-STF_02c c) ADT	>	0,00	1,00	1,8	3,3	12	1,00	0	0%	100%	*	1,8	3,3	M
														Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.		
STF_03	CDG: qualità dei flussi dati inviati in regione o al ministero	i-STF_03 implementazione di una procedura di verifica e di miglioramento della qualità del dato mediante interfaccia tra estar e servizi produttori delle informazioni	>	0,00	1,00	4,4	0,8	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,3	0,6	M
														predisposto progetto, implementazione parziale		
STF_04	CDG: Implementazione reportistica	i-STF_04a a) Predisposizione report sintetico direzionale	>	0,00	1,00	4,4	0,8	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,3	0,6	M
														Obiettivo non raggiunto a causa dell'impossibilità di utilizzare lo strumento Dashboard in dotazione (SAP BO) per la costruzione di cruscotti direzionali.		
		i-STF_04b b) Predisposizione report analitico costi consumi sanitari e non sanitari	>	0,00	1,00	4,4	0,8	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,3	0,6	M
														Obiettivo raggiunto. Attivata procedura interna condivisa con le strutture afferenti all'Area P&C		
		i-STF_04c c) Predisposizione report spesa farmaceutica in collaborazione con Dipartimento farmaco	>	0,00	1,00	4,4	0,8	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,3	0,6	M
														Obiettivo raggiunto. Sono stati predisposti numerosi report "forse più del dovuto" ad uso e consumo del Dipartimento del Farmaco e della Direzione Aziendale.		
		i-STF_04d d) Definizione architettura reportistica con Direzione Aziendale	>	0,00	1,00	4,4	0,8	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,3	0,6	M

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Consuntivo 2015 Budget 2016 \* Pesì Mese Consuntivo 2016 Scost. % Scost. Valutazione

STF_05	CDG: Adempimenti sulla TRASPARENZA: N. report pubblicati in tempi e modi corretti / N. report da pubblicare in tempi e modi corretti (report proposti all'approvazione della direzione entro i tempi di pubblicazione)	i-STF_05 Piano della Performance; Relazione sulla Performance / si	>	0,00	1,00	5,3	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	0,8	M
il Piano della Performance 2016-2018 è stato definito a marzo 2017 come allegato al Piano della Performance 2017-2019; la motivazione del ritardo è attribuibile al fatto che tutto l'anno 2016 è stato impiegato per definire il modello univoco della nuova ASL non solo come budget, ma anche come intero processo di Programmazione controllo; considerato tutto si valuta il raggiungimento al 90% (RF 2017-07-27) idem per la relazione sulla performance 2015 che è stata adottata a marzo 2017.																

STF_06	CDG: Implementazione nuova procedura contabile	i-STF_06 Implementazione di nuova procedura contabile in collaborazione tra CdG e COAN (messa a regime entro ottobre 2016)	> si/no / si	0,00	1,00	4,4	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	4,4	0,8	M
la procedura è stata definita ma la messa a regime per il 2016 è stata parzialmente completata																

## 4 - Ob Az: RISORSE UMANE

P57O12	Risorse Umane / Contabilità Analitica: Area libera professione Definizione proposta unica di un regolamento ALPI (comprensivo del nuovo tariffario aziendale) finalizzato ad assicurare il pareggio della gestione	i-P57O12 entro dicembre	> si/no / entro dicembre	0,00	1,00	7,1	13,2	12	1,00	0	0%	100%	*	7,1	13,2	M
mail AB del 08/09/2017 - note: anche PCG : Ambito riferimento:																

## 5 - Obiettivi QUALITA'

## 5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> % / si	70,00	70,00	4,6	4,6	12	70,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio cts
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.																

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02	> N.	3,00	1,2	1,2	12	0,00	-3	-100%	30%	3 *	0,4	0,4
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21										

		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> % / si		100,00	4,6	4,6	12	100,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio cts
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)																

		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> % / 60		60,00	4,6	4,6	12	60,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio cts
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)																

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_10100	<b>S.C. PROGRAMMAZIONE E</b>	<b>Totale pesi</b>		93,6	98,1
2	<b>CONTROLLO DI GESTIONE</b>	100,0	100,0		
	<b>(102)</b>				

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

105\_BD106120

2

**UO ANALISI E CONTROLLO DI GESTIONE (105)**

PROFETI MICHELA

**1 - Obiettivi MeS**

10,0 10,0

10,0 10,0

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

8,2 8,2

8,2 8,2

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	65,20	80,00	3,6	3,6	12	85,00	5	6%	100%	3	3,6	3,6	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8														cts
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202																	
mail MP del 2017-09-27																	
		B8.4.13	> N.		90,00	4,5	4,5	12	98,28	8	9%	100%		4,5	4,5		cio
		Qualità del flusso informativo SPA	/ 90														cts
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)																	

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

1,8 1,8

1,8 1,8

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0				cio
		Percentuale di assenza	6,77														cts
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																	
		E3	< %.	815,00	799,00	1,8	1,8	12	796,00	-3	0%	100%		1,8	1,8	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti															cts
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere																	
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO																	

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

3,0 3,0

3,0 3,0

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

3,0 3,0

3,0 3,0

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	68,38	67,70	3,0	3,0	12	0,00	-68	-100%	100%	3	3,0	3,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015														cts
aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)																	

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**

72,0 72,0

66,6 71,0

**3 - Obiettivi REGIONALI**

2,6 4,7

2,6 4,7

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,7	3,2	12	1,00	0	0%	100%		1,7	3,2	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	rispetto indicazioni del responsabile aziendale: adempimenti obbligatori e formazione														cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																	
		RT5b	> si/no		1,00	0,9	1,6	12	1,00	0	0%	100%		0,9	1,6		cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale															cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																	

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

Obiettivo raggiunto. Attivata procedura interna condivisa con le strutture afferenti all'Area P&C

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost. % Valutazione  
2015 **2016** **2016**

<b>STF_04</b>	<b>CDG: Implementazione reportistica</b>	i-STF_04c c) Predisposizione report spesa farmaceutica in collaborazione con Dipartimento farmaco	> / si	0,00	1,00	4,3	0,8	12	0,75	0	-25%	75%		*	3,3	0,6	M
---------------	--	--	-----------	------	------	-----	-----	----	------	---	------	-----	--	---	-----	-----	---

Obiettivo raggiunto. Sono stati predisposti numerosi report "forse più del dovuto" ad uso e consumo del Dipartimento del Farmaco e della Direzione Aziendale.

		i-STF_04d d) Definizione architettura reportistica con Direzione Aziendale	> / si	0,00	1,00	4,3	0,8	12	0,75	0	-25%	75%		*	3,3	0,6	M
--	--	---	-----------	------	------	-----	-----	----	------	---	------	-----	--	---	-----	-----	---

<b>STF_05</b>	<b>CDG: Adempimenti sulla TRASPARENZA: N. report pubblicati in tempi e modi corretti / N. report da pubblicare in tempi e modi corretti (report proposti all'approvazione della direzione entro i tempi di pubblicazione)</b>	i-STF_05 Piano della Performance; Relazione sulla Performance	>	0,00	1,00	5,2	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*	5,2	0,8	M
---------------	---	--	---	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---

il Piano della Performance 2016-2018 è stato definito a marzo 2017 come allegato al Piano della Performance 2017-2019; la motivazione del ritardo è attribuibile al fatto che tutto l'anno 2016 è stato impiegato per definire il modello univoco della nuova ASL non solo come budget, ma anche come intero processo di Programmazione controllo; considerato tutto si valuta il raggiungimento al 90% (RF 2017-07-27) idem per la relazione sulla performance 2015 che è stata adottata a marzo 2017.

<b>STF_06</b>	<b>CDG: Implementazione nuova procedura contabile</b>	i-STF_06 Implementazione di nuova procedura contabile in collaborazione tra CdG e COAN (messa a regime entro ottobre 2016)	> si/no / si	0,00	1,00	4,3	0,8	12	1,00	0	0%	100%		*	4,3	0,8	M
---------------	---	---	-----------------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---

la procedura è stata definita ma la messa a regime per il 2016 è stata parzialmente completata

<b>4 - Ob Az: CONTABILITA'</b>						4,3	7,9									4,3	7,9
--------------------------------	--	--	--	--	--	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----

<b>P54O02</b>	<b>CONTABILITA': Migrazione al nuovo sistema amministrativo contabile unico. Definizione della WBS e GANTT del progetto (definizione delle anagrafiche unitarie e delle transcodifiche con le precedenti, validazione del pilota, migrazione delle 5 contabilità n</b>	i-P54O02 Invio del cronoprogramma a ....entro il..... e monitoraggio del GANTT	> si/no entro dicembre 2016		1,00	4,3	7,9	12	1,00	0	0%	100%		*	4,3	7,9	
---------------	--	---	--------------------------------	--	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	--

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / vedi relazione

## 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>						15,0	15,0									14,0	14,0
-------------------------------	--	--	--	--	--	------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	------	------

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %. 0,7	70,00	70,00	3,4	3,4	12	70,00	0	0%	100%		*	3,4	3,4	cio cts
------------	---------------------------------	---	-------------	-------	-------	-----	-----	----	-------	---	----	------	--	---	-----	-----	------------

RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. verbali di tre incontri		3,00	1,5	1,5	12	0,00	-3	-100%	30%		*	0,4	0,4	cio cts
-------------	--	--	---------------------------------	--	------	-----	-----	----	------	----	-------	-----	--	---	-----	-----	------------

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale dirigenziale e comparto)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	5,8	5,8	12	100,00	0	0%	100%	*	5,8	5,8	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)												cts
		Q04	> %	60,00	4,4	4,4	12	60,00	0	0%	100%	*	4,4	4,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60% del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS



		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	<b>UO ANALISI E CONTROLLO DI</b>	Totale pesi		93,6	98,0
61202	<b>GESTIONE (105)</b>	100,0	100,0		

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

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

UO/UF

105 BD106120

**UO PROGRAM.ATT.SAN.E RIORG. PROC.ORGANIZZ. (105)**

SCIDA PATRIZIA

## 1 - Obiettivi MeS

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	<	%.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0*			cio		
		Percentuale di assenza		6,77													cts		
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																			
		E3	<	%.	815,00	799,00	2,0	2,0	12		796,00	-3	0%	100%		2,0	2,0	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti																	cts
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere																			
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO																			

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.                  1,00 <i>tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015</i>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3,0</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3,0</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0,99</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-1%</div>	<div style="background-color: green; color: white; padding: 2px;">100%</div>	<div style="font-weight: bold;">vr</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><b>3</b></div> *	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3,0</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3,0</div>		cio cts
																		consumi pari a zero

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

105 agg. 50	<b>Strutturare un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi strategici aziendali dei gruppi di lavoro</b>	105_agg_50 Strutturare un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi strategici aziendali dei gruppi di lavoro	> N. entro il ??	1,00	37,2	37,2	12	1,00	0	0%	100%	*	37,2	37,2
B3a	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no 0,00 <i>rispetto indicazioni del responsabile aziendale; adempimenti obbligatori e formazione</i>	1,00	3,7	3,7	12	1,00	0	0%	100%	*	3,7	3,7
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no <i>assenza di contestazioni; dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</i>	1,00	1,9	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	1,9
da non porre	<b>Elaborare documenti di programmazione (PAL, Piano di Area Vasta ecc...)</b>	da proporre alla DA Elaborare documenti di programmazione (PAL, Piano di Area Vasta ecc...)	> N. <i>Piano di Area Vasta nord Ovest deliberato a Novembre 2016</i>	1,00	37,2	37,2	12	1,00	0	0%	100%	*	37,2	37,2

## 5 - Obiettivi QUALITA'

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

5 - Obiettivi QUALITA'										15,0	15,0							14,0	14,0	
B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,4	3,4	12	70,00	0	0%	100%	*	3,4	3,4					
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		0,7	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.															
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	1,5	1,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,4	0,4					
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbali di tre incontri	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)														
		Q03	> %		100,00	5,8	5,8	12	100,00	0	0%	100%	*	5,8	5,8					
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)	UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04	> %		60,00	4,4	4,4	12	60,00	0	0%	100%	*	4,4	4,4					
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60% del personale della struttura (dirigenza e comparto)	Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	<b>UO PROGRAM.ATT.SAN.E</b>	Totale pesi	100,0	99,0	99,0
61204	<b>RIORG. PROC.ORGANIZZ.</b>				
	<b>(105)</b>				

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)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

106\_CD10CD

## U.O.C. SUPPORTO ALLE STRATEGIE E CONTROLLO DIREZIONALE (106)

G

## 1 - Obiettivi MeS

10,0 10,0

10,0 10,0

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

5,0 3,4

5,0 3,4

B8	Gestione Dati	B8.1	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	82,70	80,00	1,0	1,3	12	85,00	5	6%	100%	3	1,0	1,3	M	cio
consuntivo 2015 fonte MES																		cts
fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202																		

B8.4.13	Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	4,0	2,1	12	98,28	8	9%	100%		4,0	2,1				cio
/ 90																		cts
fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) asl 202 (media ex asl)																		

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

5,0 6,6

5,0 6,6

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0				cio
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere																		cts
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																		

E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	5,0	6,6	12	796,00	-3	0%	100%		5,0	6,6	M			cio
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere																		cts
i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO																		

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

3,0 3,0

3,0 3,0

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

3,0 3,0

3,0 3,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	34,58	34,23	3,0	3,0	12	27,70	-7	-19%	100%	3	3,0	3,0	M	cio
tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)																		cts
aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)																		

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

72,0 72,0

61,9 70,6

## 3 - Obiettivi REGIONALI

2,5 7,1

2,5 7,1

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,7	4,7	12	1,00	0	0%	100%		1,7	4,7	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																		cts

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no	1,00	0,8	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	2,4	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27	
4 - Ob Az: CDG																
STF 01	CDG: Supporto Processo di Budget Aziendale	i-STF_01a a) Conclusione 1 ° fase con firma definitiva schede dipartimento	> / entro il 31/03/2016	1,00	8,3	23,7	12	1,00	0	0%	100%	*	8,3	23,7		
		i-STF_01b b) Conclusione 2 ° fase con firma definitiva schede strutture	> 0,00 / entro il 30/04/2016	1,00	16,6	0,9	12	0,75	0	-25%	75%	*	12,4	0,7	M DA TARARE IN RELAZIONE ALLE % DEI CDG DELLE SINGOLE EX ASL	
		i-STF_01c c) Monitoraggio periodico del budget (trimestrale o quadrimestrale) sia alla Direzione sia alle Strutture (reportistica economica e di attività)	> 0,00 / c) Monitoraggio periodico del budget (trimestrale o quadrimestrale) sia alla Direzione sia alle Strutture (reportistica economica e di attività)	1,00	8,3	23,7	12	1,00	0	0%	100%	*	8,3	23,7	M	
STF 02	CDG: Implementazione universi con predisposizione tracciati da consegnare ad ESTAR	i-STF_02a a) Percorso chirurgico	> / si	0,00	1,00	0,0	0,0	12				*			Obiettivo parzialmente raggiunto per il quale si propone il 75% del raggiungimento, in quanto effettuati i lavori preparatori per l' implementazione del tracciato abbiamo concordato, su proposta di Estar, di rimandare all'anno in corso (2017) l'invio del tracciato e la costruzione dell'universo successivamente alla completa installazione della nuova procedura CUP 2.0 in tutte le ex aziende. (RF 2017-10-13: dimezzato il peso per la dirigenza, portato a 1 per il comparto)	
		i-STF_02b b) Attività ambulatoriale (CUP)	> / si	0,00	1,00	1,7	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	4,7	M Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.
		i-STF_02c c) ADT	> / si	0,00	1,00	1,7	4,7	12	1,00	0	0%	100%	*	1,7	4,7	M Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.
STF 03	CDG: qualità dei flussi dati inviati in regione o al ministero	i-STF_03 implementazione di una procedura di verifica e di miglioramento della qualità del dato mediante interfaccia tra estar e servizi produttori delle informazioni	> / si	0,00	1,00	4,1	0,9	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,1	0,7	M predisposto progetto, implementazione parziale
STF 04	CDG: Implementazione reportistica	i-STF_04a a) Predisposizione report sintetico direzionale	> relativo soprattutto alla "Definizione architettura reportistica"	1,00	5,0	0,9	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,7	0,7		
		i-STF_04b b) Predisposizione report analitico costi consumi sanitari e non sanitari	> / si	0,00	1,00	5,0	0,9	12	0,75	0	-25%	75%	*	3,7	0,7	M Obiettivo raggiunto. Attivata procedura interna condivisa con le strutture afferenti all'Area P&C

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

STF_04	CDG: Implementazione reportistica	i-STF_04c c) Predisposizione report spesa farmaceutica in collaborazione con Dipartimento farmaco	> / si	0,00	1,00	5,0	0,9	12	0,75	0	-25%	75%		3,7	0,7	M
Obiettivo raggiunto. Sono stati predisposti numerosi report "forse più del dovuto" ad uso e consumo del Dipartimento del Farmaco e della Direzione Aziendale.																
		i-STF_04d d) Definizione architettura reportistica con Direzione Aziendale	> / si	0,00	1,00	5,0	0,9	12	0,75	0	-25%	75%		3,7	0,7	M
STF_05	CDG: Adempimenti sulla TRASPARENZA: N. report pubblicati in tempi e modi corretti / N. report da pubblicare in tempi e modi corretti (report proposti all'approvazione della direzione entro i tempi di pubblicazione)	i-STF_05 Piano della Performance; Relazione sulla Performance	> / si	0,00	1,00	5,0	1,2	12	1,00	0	0%	100%		5,0	1,2	M
il Piano della Performance 2016-2018 è stato definito a marzo 2017 come allegato al Piano della Performance 2017-2019; la motivazione del ritardo è attribuibile al fatto che tutto l'anno 2016 è stato impiegato per definire il modello univoco della nuova ASL non solo come budget, ma anche come intero processo di Programmazione controllo; considerato tutto si valuta il raggiungimento al 50% (RF 2017-07-27) idem per la relazione sulla performance 2015 che è stata adottata a marzo 2017.																
STF_06	CDG: Implementazione nuova procedura contabile	i-STF_06 Implementazione di nuova procedura contabile in collaborazione tra CdG e COAN (messa a regime entro ottobre 2016)	> si/no / si	0,00	1,00	4,1	1,2	12	1,00	0	0%	100%		4,1	1,2	M
la procedura è stata definita ma la messa a regime per il 2016 è stata parzialmente completata																

## 5 - Obiettivi QUALITA'

## 5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	4,8	6,5	12	70,00	0	0%	100%		4,8	6,5	cio
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.																
		Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %.	100,00	100,00	4,8	6,5	12	100,00	0	0%	100%		4,8	6,5	cio
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 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	0,5	0,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,1	0,2	cio
verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12																
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione al 20/09/2017																

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016**

Consuntivo **Budget** \* **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**  
 2015 **2016** **2016** % Valutazione

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02a	>	N.	0,00	90,00	4,8	1,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	4,4	1,2	M	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 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO														cts

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS



		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_CD10	<b>U.O.C. SUPPORTO ALLE</b>	<b>Totale pesi</b>		89,1	98,0
CDG	<b>STRATEGIE E CONTROLLO</b>	100,0	100,0		
	<b>DIREZIONALE (106)</b>				

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)

112 19

## CORRADO BENVENUTO

10,0 10,0

8,3	8,0
-----	-----

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA	1,7	2,0	1,7	2,0
---	-----	-----	-----	-----

2 - Obiettivi ECONOMICI		3.0	3.0	3.0	3.0
-------------------------	--	-----	-----	-----	-----

3,0 3,0

*RF: importo irrisorio e peso elevato dell'indicatore, si considera raggiunto in considerazione del fatto che anche l'importo di consuntivo è assimilabile al budget per ordine di grandezza*

72,0	72,0
------	------

3,2 5,5

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5b	> si/no	1,00	1,1	1,8	12	1,00	0	0%	100%	*	1,1	1,8	cio cts
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale															
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

### 4 - Ob Az: CDG

<b>STF 01</b>	<b>CDG: Supporto Processo di Budget Aziendale</b>	i-STF_01a	>	0,00	1,00	10,6	18,2	12	1,00	0	0%	100%	*	10,6	18,2	M
---------------	---	-----------	---	------	------	------	------	----	------	---	----	------	---	------	------	---

a) Conclusione 1° fase con firma definitiva schede dipartimento

/ entro il 31/03/2016

Costruzione delle schede di Dipartimento ex asl 12 firmate dai responsabili tenute agli atti presso Ospedale Unico Versilia

i-STF\_01b

b) Conclusione 2° fase con firma definitiva schede strutture

>

0,00

/ entro il 30/04/2016

10,6

9,1

12

1,00

0

0%

100%

\*

10,6

9,1

M

DA TARARE IN RELAZIONE ALLE % DEI CDG DELLE SINGOLE EX ASL

i-STF\_01c

c) Monitoraggio periodico del budget (trimestrale o quadrimestrale) sia alla Direzione sia alle Strutture (reportistica economica e di attività)

>

0,00

1,00

10,6

18,2

12

1,00

0

0%

100%

\*

10,6

18,2

M

c) Monitoraggio periodico del budget (trimestrale o quadrimestrale) sia alla Direzione sia alle Strutture (reportistica economica e di attività)

### STF 02 CDG: Implementazione universi con predisposizione tracciati da consegnare ad ESTAR

i-STF\_02a

a) Percorso chirurgico

>

0,00

1,00

0,0

0,0

12

1,00

0

0%

100%

\*

0,0

0,0

M

obiettivo annullato

Obiettivo parzialmente raggiunto per il quale si propone il 75% del raggiungimento, in quanto effettuati i lavori preparatori per l' implementazione del tracciato abbiamo concordato, su proposta di Estar, di rimandare all'anno in corso (2017) l'invio del tracciato e la costruzione dell'universo successivamente alla completa installazione della nuova procedura CUP 2.0 in tutte le ex aziende. (RF 2017-10-13: dimezzato il peso per la dirigenza, portato a 1 per il comparto)

i-STF\_02b

b) Attività ambulatoriale (CUP)

>

0,00

/ si

2,1

3,6

12

1,00

0

0%

100%

\*

2,1

3,6

M

Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.

i-STF\_02c

c) ADT

>

0,00

/ si

2,1

3,6

12

1,00

0

0%

100%

\*

2,1

3,6

M

Obiettivo raggiunto. Predisposto tracciato.

### STF 03 CDG: qualità dei flussi dati inviati in regione o al ministero

i-STF\_03

implementazione di una procedura di verifica e di miglioramento della qualità del dato mediante interfaccia tra estar e servizi produttori delle informazioni

>

0,00

1,00

2,1

0,9

12

0,75

0

-25%

75%

\*

1,6

0,7

M

predisposto progetto, implementazione parziale

Definizione della procedura di controllo dati tra gli archivi estratti dagli applicativi gestionali e la reportistica alle UUOO tramite cruscotto b.o.

### STF 04 CDG: Implementazione reportistica

i-STF\_04a

a) Predisposizione report sintetico direzionale

>

0,00

1,00

4,2

0,9

12

0,75

0

-25%

75%

\*

3,2

0,7

M

adeguato peso in considerazione dell'attività di coordinamento del sistema in fase iniziale

Realizzazione del report sintetico strutturato con costi, attività, personale e indicatori per UO inviato alla Direzione Aziendale (consuntivo 2014,cons 2015, 1° trim 2016)

i-STF\_04b

b) Predisposizione report analitico costi consumi sanitari e non sanitari

>

0,00

/ si

2,1

0,9

12

0,75

0

-25%

75%

\*

1,6

0,7

M

Obiettivo raggiunto. Attivata procedura interna condivisa con le strutture afferenti all'Area P&C

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. % Valutazione  
2015 **2016** 2016

<b>STF_04</b>	<b>CDG: Implementazione reportistica</b>	i-STF_04c c) Predisposizione report spesa farmaceutica in collaborazione con Dipartimento farmaco	>	/ si	0,00	1,00	4,2	0,9	12	0,75	0	-25%	75%		*	3,2	0,7	M
---------------	--	--	---	------	------	------	-----	-----	----	------	---	------	-----	--	---	-----	-----	---

Obiettivo raggiunto. Sono stati predisposti numerosi report "forse più del dovuto" ad uso e consumo del Dipartimento del Farmaco e della Direzione Aziendale.

		i-STF_04d d) Definizione architettura reportistica con Direzione Aziendale	>	/ si	0,00	1,00	4,2	0,9	12	0,75	0	-25%	75%		*	3,2	0,7	M
--	--	---	---	------	------	------	-----	-----	----	------	---	------	-----	--	---	-----	-----	---

<b>STF_05</b>	<b>CDG: Adempimenti sulla TRASPARENZA: N. report pubblicati in tempi e modi corretti / N. report da pubblicare in tempi e modi corretti (report proposti all'approvazione della direzione entro i tempi di pubblicazione)</b>	i-STF_05 Piano della Performance; Relazione sulla Performance	>		0,00	1,00	6,4	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	6,4	0,9	M
---------------	---	--	---	--	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---

il Piano della Performance 2016-2018 è stato definito a marzo 2017 come allegato al Piano della Performance 2017-2019; la motivazione del ritardo è attribuibile al fatto che tutto l'anno 2016 è stato impiegato per definire il modello univoco della nuova ASL non solo come budget, ma anche come intero processo di Programmazione controllo; considerato tutto si valuta il raggiungimento al 90% (RF 2017-07-27) idem per la relazione sulla performance 2015 che è stata adottata a marzo 2017.

<b>STF_06</b>	<b>CDG: Implementazione nuova procedura contabile</b>	i-STF_06 Implementazione di nuova procedura contabile in collaborazione tra CdG e COAN (messa a regime entro ottobre 2016)	>	si/no	0,00	1,00	5,3	0,9	12	1,00	0	0%	100%		*	5,3	0,9	M
---------------	---	---	---	-------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---

la procedura è stata definita ma la messa a regime per il 2016 è stata parzialmente completata

Attivazione per tutte le ex asl ATNO della nuova procedura contabile DP, modulo ci\_web, al 30 settembre 2016

4 - Ob Az: ECONOMATO							4,2	7,3								4,2	7,3	
----------------------	--	--	--	--	--	--	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----	--

<b>P55O01</b>	<b>ECONOMATO: Ricognizione dell'attività contrattuale</b>	i-P55O01 Inviare una proposta per l'omogeneizzazione delle cinque aree entro aprile 2016Inviare a....una proposta di regolamento unico entro 31 dicembre	>	si/no	0,00	1,00	4,2	7,3	12	1,00	0	0%	100%		*	4,2	7,3	M
---------------	---	---	---	-------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	---

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Del DG 100/2016

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

							15,0	15,0								15,0	15,0	
--	--	--	--	--	--	--	------	------	--	--	--	--	--	--	--	------	------	--

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	>	%.	70,00	70,00	5,0	5,0	12	70,00	0	0%	100%		*	5,0	5,0	
------------	---------------------------------	---	---	----	-------	-------	-----	-----	----	-------	---	----	------	--	---	-----	-----	--

RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.

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

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)

		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	>	%		100,00	5,0	5,0	12	100,00	0	0%	100%		*	5,0	5,0	
--	--	--	---	---	--	--------	-----	-----	----	--------	---	----	------	--	---	-----	-----	--

UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	60,00	3,8	3,8	12	60,00	0	0%	100%	*	3,8	3,8	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts
<p><i>Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)</i></p>															

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
112_19	<b>CONTROLLI DI GESTIONE (112)</b>	Totale pesi		100,0	100,0
				95,8	98,9

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)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

STAFF C

## AREA DELLE RELAZIONI INTERNE, ESTERNE E FORMAZIONE

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_1ISU9184

**FORMAZIONE SVILUPPO E VALUTAZIONE DEL PERSONALE (101)**

FLAVIO CATTANI

**1 - Obiettivi MeS**

10,0 10,0 10,0 10,0

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

10,0 10,0 10,0 10,0

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	0,0	12						0*				
		Percentuale di assenza	6,95															
		E3	< %.	815,00	799,00	10,0	10,0	12		796,00	-3	0%	100%		10,0	10,0	M	
		Tasso di infortuni dei dipendenti																

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

5,0 5,0 3,5 4,2

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

5,0 5,0 3,5 4,2

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	767,28	759,61	2,0	3,3	12		180,98	-579	-76%	100%	3*	2,0	3,3	M	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI																
		Euro03	< N.	1.860.969.438	1.842.359.744,18	3,0	1,7	12		1.876.367.955,2	34.008.211	2%	50%	vr	1,5	0,8		
		Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)																

aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)

il budget è pari al 2015 - 1% - La verifica del rispetto del budget è stata fatta a livello complessivo aziendale a causa della trascodifica dei conti tra 2015 e 2016 che in alcuni casi non permette una corretta attribuzione al gestore dei fattori. La valutazione tiene conto del fatto che pur non avendo rispettato complessivamente l'obiettivo (dati aggiornati al 2017-09-30) il monitoraggio è stato definito nel 2016, che quindi è stato un anno di impostazione del sistema, ed entra a regime a partire dal 2017

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**

72,0 72,0 71,8 71,8

**3 - Obiettivi REGIONALI**

7,7 7,7 7,7 7,7

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,9	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	3,9	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale															cts
<hr/>																	
		RT5b	> si/no	0,00	1,00	3,9	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	3,9	M	cio
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale															cts		

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

4 - Ob Az:

5,4 5,4 5,4 5,4



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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo 2015 Budget 2016 \* Pesì Mese Consuntivo 2016 Scost. Scost. % Valutazione

IR-PREV	IR-PREVENZIONE	IR159	> si/no	0,00	1,00	5,4	5,4	12	1,00	0	0%	100%		5,4	5,4	M
		PPR e Formazione: Proposta di aggiornamento dell'anagrafe formativa (programma Ermione) per la gestione della formazione obbligatoria di lavoratori/preposti/dirigenti in base all'Accordo Stato Regioni 21/12/2011														

La proposta formulata è già stata implementata su Ermione

4 - Ob Az: Formazione						43,4	43,4							43,2	43,2	
-----------------------	--	--	--	--	--	------	------	--	--	--	--	--	--	------	------	--

STF 18	Formazione: Redazione Piano di formazione	i-STF_18	>		1,00	3,9	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	3,9	
		Invio in Regione entro 30/04														
		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														

STF 19	Formazione: Organizzazione 1 evento l'anno (in più edizioni) per tutti i coordinatori infermieristici, ostetrici e tecnici	i-STF_19	>		1,00	3,9	3,9	12	1,00	0	0%	100%		3,9	3,9	
		Organizzazione 1 evento entro l'anno (in più edizioni)														
		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														

STF 21	Formazione: Modifica anagrafe formativa per estrazione dati su rischio clinico	i-STF_21	>	0,00	1,00	0,0	0,0	12								
		Progetto per ESTAR														

obiettivo non realizzati in mancanza delle linee guida regionali , quindi non valutabile

STF 22	Formazione: Standardizzazione procedure di coinvolgimento dei MMG nella formazione	i-STF_22	>	0,00	1,00	0,8	0,8	12	0,75	0	-25%	75%		0,6	0,6	M
		Standardizzazione														

la procedura è stata redatta ma non ancora condivisa con la medicina generale per la mancata nomina del direttore del dipartimento

STF 23	Formazione: Standardizzazione procedure	i-STF_23a	>		1,00	11,6	11,6	12	1,00	0	0%	100%		11,6	11,6	
		1) Aggiornamento collettivo														
		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														

		i-STF_23b	>		1,00	11,6	11,6	12	1,00	0	0%	100%		11,6	11,6	
		2) Aggiornamento individuale														
		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														

		i-STF_23c	>	0,00	1,00	11,6	11,6	12	1,00	0	0%	100%		11,6	11,6	M
		3) Sponsorizzazioni entro giugno														

4 - Ob Az: RISORSE UMANE						15,5	15,5							15,5	15,5	
--------------------------	--	--	--	--	--	------	------	--	--	--	--	--	--	------	------	--

P57O09	Risorse Umane: Area valutazione del personale. Analisi sistemi di valutazione e valorizzazione del personale, del comparto e della dirigenza, esistenti ai fini dell'implementazione sistema "SVOD";	i-P57O09	> si/no	0,00	1,00	5,4	5,4	12	1,00	0	0%	100%		5,4	5,4	M
		entro dicembre														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'azienda estende l'utilizzo di svod														

P57O10	Risorse Umane: Area valutazione del personale. Adozione procedura unica per la costituzione dei Collegi Tecnici.	i-P57O10	> si/no	0,00	1,00	10,1	10,1	12	1,00	0	0%	100%		10,1	10,1	M
		entro 30 settembre														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Accordo siglato con sindacati														

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

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

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

### Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015 Budget 2016 \* Pesì Mese Consuntivo 2016 Scost. Scost. % Valutazione

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	1,00	1,4	1,4	12	3,00	2	200%	100%	3	1,4	1,4	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)													cts
		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)													
		Q03	> %	100,00	4,3	4,3	12	100,00	0	0%	100%		4,3	4,3	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta													cts
		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)													
		Q04	> %	60,00	7,2	7,2	12	60,00	0	0%	100%		7,2	7,2	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)													cts
		Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)													

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1ISU	<b>FORMAZIONE SVILUPPO E</b>	Totale pesi		98,3	99,0
9184	<b>VALUTAZIONE DEL</b>	100,0	100,0		
	<b>PERSONALE (101)</b>				

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)

101 1ISU9222

## 1 - Obiettivi MeS

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	0,0	12						0*				cio	
		Percentuale di assenza	6,77						obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica										cts
		E3	< %.	815,00	799,00	5,0	5,0	12		796,00		-3	0%	100%		5,0	5,0	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO													cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	275,39	272,64	2,0	3,3	12	54,58	-218	-80%	100%	3	*	2,0	3,3	M	cio	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)	aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)															
		Euro03	< N.	1.860.969.438	1.842.359.744,18	3,0	1,7	12	1.876.367.955,2	34.008.211	2%	50%	vr	*	1,5	0,8			
		Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)		,57		il budget è pari al 2015 - 1% - La verifica del rispetto del budget è stata fatta a livello complessivo aziendale a causa della trascodifica dei conti tra 2015 e 2016 che in alcuni casi non permette una corretta attribuzione al gestore dei fattori. La valutazione tiene conto del fatto che pur non avendo rispettato complessivamente l'obiettivo (dati aggiornati al 2017-09-30) il monitoraggio è stato definito nel 2016, che quindi è stato un anno di impostazione del sistema, ed entra a regime a partire dal 2017													

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy		RT5	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M	cio
				Rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															cts
<hr/>																				
			RT5b	Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M	cio
				Rispetto indicazioni del responsabile aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															cts

#### 4 - Ob Az: Comunicazione

IR com i	Comunicazione intranet	IR062	> si/no	0,00	1,00	2,1	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1	2,1	M
		Intranet:1) Creazione di una redazione aziendale	1) entro Aprile													

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**  
2015 **2016** % **Valutazione**

<b>IR com i</b>	<b>Comunicazione intranet</b>	IR063 Intranet:2) creazione di uno spazio dedicato alle info di USL TNO in ciascuna intranet zonale	> si/no 2) entro Aprile	0,00	1,00	2,1	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	2,1	M
		IR064 Intranet:3) creazione di una piattaforma condivisa per la comunicazione tra i professionisti coinvolti nei progetti di riorganizzazione	> si/no 3) entro Settembre	0,00	1,00	2,1	2,1	12	0,75	0	-25%	75%	*	1,5	1,5	M
<b>STF 55</b>	<b>Comunicazione: PIANO DI COMUNICAZIONE trasmesso alla direzione per formalizzazione entro maggio 2016</b>	I-STF_55 Trasmissione entro aprile	> Trasmissione entro aprile	0,00	1,00	15,4	15,4	12	1,00	0	0%	100%	*	15,4	15,4	M
<b>STF 56</b>	<b>Comunicazione: Organizzazione ed attuazione degli eventi pubblici con una procedura comune</b>	I-STF_56 % eventi organizzati	> 80% eventi organizzati		1,00	5,1	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	5,1	
<b>STF 57</b>	<b>Comunicazione: Supporto alla fase di costituzione dell'azienda attraverso: incontri con la dirigenza, con le PP.OO., con i Coordinatori</b>	i-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	> 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura		1,00	2,1	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	2,1	
		i-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	> 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura		1,00	2,1	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	2,1	
		i-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	> 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura		1,00	2,1	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	2,1	
		i-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	> 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura		1,00	2,1	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	2,1	
		i-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	> 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura		1,00	2,1	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	2,1	
<b>STF 59</b>	<b>Comunicazione: Sito WEB</b>	i-STF_59 Creazione di una redazione aziendale entro aprile in rapporto con Regione Toscana	> entro Maggio	0,00	1,00	5,1	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	5,1	M
<b>STF 60</b>	<b>Comunicazione: social network</b>	i-STF_60a Apertura profilo twitter	> Apertura twitter entro Giugno e facebook entro Dicembre	0,00	1,00	5,1	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	5,1	M
		i-STF_60b Apertura profilo facebook	> Apertura twitter entro Giugno e facebook entro Dicembre	0,00	1,00	5,1	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	5,1	M

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>STF_61</b>	<b>Comunicazione: Uffici stampa</b>	i-STF_61 Costituzione di una redazione unica con sistema di reperibilità h24	>	0,00	1,00	5,1	5,1	12	1,00	0	0%	100%	*	5,1	5,1	M
<b>STF_62</b>	<b>Comunicazione: Redazione di un TG della sanità di area vasta da far circolare sia tramite canali interni (monitor nelle sale d'attesa già presenti nelle strutture) sia all'esterno tramite YouTube</b>	i-STF_62 Proposta operativa	>		1,00	5,1	5,1	12	0,50	-1	-50%	50%	*	2,6	2,6	
<b>STF_63</b>	<b>Comunicazione: Procedura unica URP e Tutela comprensiva di modulistica</b>	i-STF_63a 1) Redazione procedura	>	0,00	1,00	2,1	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	2,1	M
		i-STF_63b 2) N. esposti trattati secondo procedura / N. esposti totali	>	0,00	1,00	2,1	2,1	12	0,90	0	-10%	90%	*	1,8	1,8	M
<b>STF_64</b>	<b>Comunicazione: Monitoraggio azioni di miglioramento</b>	i-STF_64 1) Redazione procedura entro giugno	>		1,00	0,0	0,0	12					*			
		i-STF_64b 2) N azioni monitorate secondo procedura	>		1,00	0,0	0,0	12					*			
<b>STF_66</b>	<b>Comunicazione: proposta di sviluppo del contact center unico di area vasta comprensivo del sito web dedicata all'orientamento sui percorsi che sia la base comune degli operatori di contact center entro dicembre</b>	i-STF_66 entro dicembre	>		1,00	4,1	4,1	12	1,00	0	0%	100%	*	4,1	4,1	

## 4 - Ob Az: IP. NUTRIZIONE

<b>P20O02a</b>	<b>Valutazione dell'estensione della Intranet in uso a Lucca e Viareggio alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, finalizzata alla condivisione degli strumenti di lavoro</b>	i-P20O02a Attuazione cronoprogramma	> si/no	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%	*	3,1	3,1	M

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	1,7	1,7	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,5	0,5	

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016**

Consuntivo **Budget** \* **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.** **Scost.**  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	5,0	5,0	12	100,00	0	0%	100%	*	5,0	5,0	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)												cts
		UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)													
		Q04	> %	60,00	3,3	3,3	12	60,00	0	0%	100%	*	3,3	3,3	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)											cts	
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)															

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi  
p1 P2 Valutazione  
p1 P2

101\_1ISU  
9222

**URP - SERVIZIO CIVILE -  
COMUNICAZIONI ESTERNE  
SITO E STAMPA (101)**

Totale pesi 100,0 100,0

94,0 94,7

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)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS



UO/UF

102\_101007

**S.C. FORMAZIONE (102)**

ALBERTO PERETTI

MANUELA RICCI

**1 - Obiettivi MeS**

10,0 10,0

10,0 10,0

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

10,0 10,0

10,0 10,0

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0*			cio
		Percentuale di assenza	/ 6,36													cts
		E3	< %.	815,00	799,00	10,0	10,0	12		796,00	-3	0%	100%		10,0 10,0 M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere													cts

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

15,0 15,0

11,3 14,1

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

15,0 15,0

11,3 14,1

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	13.501,57	13.366,55	7,5	13,2	12		2.817,20	-10.549	-79%	100%	3*	7,5 13,2 M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	/ Min(valore 2014;valore 2015-1%) / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)													cts
		Euro03	< N.	1.860.969.438	1.842.359.744,18	7,5	1,8	12		1.876.367.955,2	34.008.211	2%	50%	vr	3,8 0,9	
		Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)														

aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)

il budget è pari al 2015 - 1% - La verifica del rispetto del budget è stata fatta a livello complessivo aziendale a causa della trascodifica dei conti tra 2015 e 2016 che in alcuni casi non permette una corretta attribuzione al gestore dei fattori. La valutazione tiene conto del fatto che pur non avendo rispettato complessivamente l'obiettivo (dati aggiornati al 2017-09-30) il monitoraggio è stato definito nel 2016, che quindi è stato un anno di impostazione del sistema, ed entra a regime a partire dal 2017

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**

60,0 60,0

59,7 59,7

**3 - Obiettivi REGIONALI**

3,0 3,0

3,0 3,0

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,5	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5	1,5	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												cts
<hr/>																	
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	1,5	1,5	12	1,00	0	0%	100%		1,5	1,5	cio	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27												cts

**4 - Ob Az: Formazione**

57,0 57,0

56,7 56,7

STF 18	Formazione: Redazione Piano di formazione	i-STF_18	>	1,00	18,6	18,6	12	1,00	0	0%	100%		18,6	18,6
		Invio in Regione entro 30/04	/ entro aprile											

mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

STF 19	Formazione: Organizzazione 1 evento l'anno (in più edizioni) per tutti i coordinatori infermieristici, ostetrici e tecnici	i-STF_19 Organizzazione 1 evento entro l'anno (in più edizioni)	> / si		1,00	7,4	7,4	12	1,00	0	0%	100%		7,4	7,4
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
STF 20	Formazione: formazione su nuova procedura amministrativo-contabile	i-STF_20 organizzazione corsi	> / si		1,00	7,4	7,4	12	1,00	0	0%	100%		7,4	7,4
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
STF 21	Formazione: Modifica anagrafe formativa per estrazione dati su rischio clinico	i-STF_21 Progetto per ESTAR	> / entro maggio	0,00	1,00	0,0	0,0	12							
obiettivo non realizzati in mancanza delle linee guida regionali , quindi non valutabile															
STF 22	Formazione: Standardizzazione procedure di coinvolgimento dei MMG nella formazione	i-STF_22 Standardizzazione	> / entro dicembre	0,00	1,00	1,3	1,3	12	0,75	0	-25%	75%		1,0	1,0 M
la procedura è stata redatta ma non ancora condivisa con la medicina generale per la mancata nomina del direttore del dipartimento															
STF 23	Formazione: Standardizzazione procedure	i-STF_23a 1) Aggiornamento collettivo	> / entro dicembre		1,00	7,4	7,4	12	1,00	0	0%	100%		7,4	7,4
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
		i-STF_23b 2) Aggiornamento individuale	> / entro dicembre		1,00	7,4	7,4	12	1,00	0	0%	100%		7,4	7,4
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:															
		i-STF_23c 3) Sponsorizzazioni entro giugno	> / entro dicembre	0,00	1,00	7,4	7,4	12	1,00	0	0%	100%		7,4	7,4 M

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	4,6	4,6	12	70,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			/ si	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.												cts	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	1,2	1,2	12	3,00	0	0%	100%	3	*	1,2	1,2	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			/ 3 riunioni verbalizzate	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21												cts	
		Q03	> %		100,00	4,6	4,6	12	100,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio	
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			/ si	UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)												cts	

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	60,00	4,6	4,6	12	60,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	/ 60												cts

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi  
p1 P2 Valutazione  
p1 P2

102\_10100  
7

**S.C. FORMAZIONE (102)**

Totale pesi 100,0 100,0

95,9 98,8

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)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

102\_101014

**S.S. COMUNICAZIONE, GESTIONE RELAZIONI CON IL PUBBLICO E MARKETING (102)**

SIRIO DEL GRANDE

**1 - Obiettivi MeS**

10,0 10,0

10,0 10,0

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

10,0 10,0

10,0 10,0

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0*					
		Percentuale di assenza	/ 6,36															
		E3	< %.	815,00	799,00	10,0	10,0	12		796,00	-3	0%	100%		10,0	10,0	M	
		Tasso di infortuni dei dipendenti																

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

15,0 15,0

15,0 15,0

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

15,0 15,0

15,0 15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	62.792,55	62.164,62	15,0	15,0	12		1.817,47	-60.347	-97%	100%	3*	15,0	15,0	M	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI																

aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**

60,0 60,0

56,7 59,0

**3 - Obiettivi REGIONALI**

2,1 2,3

2,1 2,3

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,1	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	1,2	M	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														cts
<hr/>																			
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	1,1	1,2	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	1,2		cio	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														cts

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

**4 - Ob Az: Comunicazione**

47,4 46,1

44,0 45,1

IR_com i	Comunicazione intranet	IR062	> si/no	0,00	1,00	1,8	1,9	12		1,00	0	0%	100%		1,8	1,9	M	
		Intranet:1) Creazione di una redazione aziendale	/ 1) entro dicembre															
		IR063	> si/no	0,00	1,00	1,8	1,9	12		1,00	0	0%	100%		1,8	1,9	M	
		Intranet:2) creazione di uno spazio dedicato alle info di USL TNO in ciascuna intranet zonale	/ 2) entro aprile															

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

2015 2016 2016

IR com i	Comunicazione intranet	IR064 Intranet:3) creazione di una piattaforma condivisa per la comunicazione tra i professionisti coinvolti nei progetti di riorganizzazione	> si/no / 3) entro settembre	0,00	1,00	1,8	0,6	12	0,75	0	-25%	75%		*	1,3	0,4	M
STF 55	Comunicazione: PIANO DI COMUNICAZIONE trasmesso alla direzione per formalizzazione entro maggio 2016	i-STF_55 Trasmissione entro aprile	> / si	0,00	1,00	5,3	5,8	12	1,00	0	0%	100%		*	5,3	5,8	M
STF 56	Comunicazione: Organizzazione ed attuazione degli eventi pubblici con una procedura comune	i-STF_56 % eventi organizzati	> / 80	0,00	1,00	5,3	5,8	12	1,00	0	0%	100%		*	5,3	5,8	M
STF 57	Comunicazione: Supporto alla fase di costituzione dell'azienda attraverso: incontri con la dirigenza, con le PP.OO., con i Coordinatori	i-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	> / 2 eventi		1,00	1,8	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,8	1,9	
		i-STF_57b 2) Mail informativa ai dipendenti con cadenza almeno settimanale	> / da marzo	0,00	1,00	1,8	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,8	1,9	M
		i-STF_57c 3) Elaborazione piano per la sostituzione del logo (segnaletica, auto, ecc.) in collaborazione con Area Tecnica	> / entro maggio	0,00	1,00	1,8	1,9	12	1,00	0	0%	100%		*	1,8	1,9	M
STF 59	Comunicazione: Sito WEB	i-STF_59 Creazione di una redazione aziendale entro aprile in rapporto con Regione Toscana	> / entro aprile	0,00	1,00	5,3	5,8	12	1,00	0	0%	100%		*	5,3	5,8	M
STF 60	Comunicazione: social network	i-STF_60a Apertura profilo twitter	> / entro giugno	0,00	1,00	2,6	2,9	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	2,9	M
		i-STF_60b Apertura profilo facebook	> / entro dicembre	0,00	1,00	2,6	2,9	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	2,9	M
STF 61	Comunicazione: Uffici stampa	i-STF_61 Costituzione di una redazione unica con sistema di reperibilità h24	> / Proposta entro maggio	0,00	1,00	5,3	5,8	12	1,00	0	0%	100%		*	5,3	5,8	M
STF 62	Comunicazione: Redazione di un TG della sanità di area vasta da far circolare sia tramite canali interni (monitor nelle sale d'attesa già presenti nelle strutture) sia all'esterno tramite YouTube	i-STF_62 Proposta operativa	> / entro dicembre	0,00	1,00	5,3	1,2	12	0,50	-1	-50%	50%		*	2,6	0,6	M
STF 63	Comunicazione: Procedura unica URP e Tutela comprensiva di modulistica	i-STF_63a 1) Redazione procedura	> / entro giugno	0,00	1,00	2,6	2,9	12	1,00	0	0%	100%		*	2,6	2,9	M

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>STF 63</b>	<b>Comunicazione: Procedura unica URP e Tutela comprensiva di modulistica</b>	i-STF_63b 2) N. esposti trattati secondo procedura / N. esposti totali	> / 70	0,00	1,00	2,6	2,9	12	0,90	0	-10%	90%	*	2,4	2,6	M
---------------	---	---	--------	------	------	-----	-----	----	------	---	------	-----	---	-----	-----	---

<b>STF 64</b>	<b>Comunicazione: Monitoraggio azioni di miglioramento</b>	i-STF_64 1) Redazione procedura entro giugno	> / entro giugno	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*			
---------------	--	---	------------------	------	------	-----	-----	----	--	--	--	--	---	--	--	--

rinvii al 2017

		i-STF_64b 2) N azioni monitorate secondo procedura	> / 60	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*			
--	--	---	--------	------	------	-----	-----	----	--	--	--	--	---	--	--	--

rinvio al 2017

<b>4 - Ob Az: Governo Clinico</b>						<b>5,3</b>	<b>5,8</b>							<b>5,3</b>	<b>5,8</b>	
-----------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------	--	--	--	--	--	--	------------	------------	--

<b>STF 65</b>	<b>Governo Clinico: progetto salute partecipata</b>	i-STF_65 effettuazione di incontri con comitato di partecipazione dell'ex asl 2	> / 5	0,00	1,00	5,3	5,8	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	5,8	M
---------------	---	--	-------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	---	-----	-----	---

<b>4 - Ob Az: IP. NUTRIZIONE</b>						<b>5,3</b>	<b>5,8</b>							<b>5,3</b>	<b>5,8</b>	
----------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------	--	--	--	--	--	--	------------	------------	--

<b>P20O02a</b>	<b>Valutazione dell'estensione della Intranet in uso a Lucca e Viareggio alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, finalizzata alla condivisione degli strumenti di lavoro</b>	i-P20O02a Attuazione cronoprogramma	> si/no / si	0,00	1,00	5,3	5,8	12	1,00	0	0%	100%	*	5,3	5,8	M
----------------	--	--	--------------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	---	-----	-----	---

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il materiale è pervenuto. Il sistema è stato esteso

cio  
cts

## 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>						<b>15,0</b>	<b>15,0</b>							<b>15,0</b>	<b>15,0</b>	
-------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	-------------	--	--	--	--	--	--	-------------	-------------	--

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %. / si	70,00	70,00	4,6	4,6	12	70,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio cts
------------	---------------------------------	---	--------------	-------	-------	-----	-----	----	-------	---	----	------	---	-----	-----	------------

RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. / 3 riunioni verbalizzate		3,00	1,2	1,2	12	3,00	0	0%	100%	3	1,2	1,2	cio cts
-------------	--	--	-----------------------------------	--	------	-----	-----	----	------	---	----	------	---	-----	-----	------------

valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21

mail ML 2017-10-30

		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> % / si		100,00	4,6	4,6	12	100,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio cts
--	--	--	-------------	--	--------	-----	-----	----	--------	---	----	------	---	-----	-----	------------

UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE			Consuntivo 2015		Budget 2016	* Pesì	Mese	Consuntivo 2016		Scost.	Scost. %	Valutazione			
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q04	>	%	60,00	4,6	4,6	12	60,00	0	0%	100%	* 4,6	4,6	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	/ 60												cts
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)															

cio  
cts



		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_10101	S.S. COMUNICAZIONE, GESTIONE RELAZIONI CON IL PUBBLICO E MARKETING (102)	Totale pesi		100,0	100,0
4				96,7	99,0

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

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

UO/UF

105\_BD106120

8 **UO FORMAZIONE (105)**

CARLONI CLAUDIA

**1 - Obiettivi MeS**

4,0 4,0

4,0 4,0

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

4,0 4,0

4,0 4,0

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0*					cio
		Percentuale di assenza	6,77															cts

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

E3	< %.	815,00	799,00	4,0	4,0	12	796,00	-3	0%	100%		*	4,0	4,0	M	cio
Tasso di infortuni dei dipendenti																cts

Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

15,0 15,0

9,0 13,1

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0 15,0

9,0 13,1

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	56.733,42	56.166,09	3,0	11,3	12	16.228,92	-39.937	-71%	100%	3*	3,0	11,3	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015												cts

aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)

Euro03	< N.	1.860.969.438	1.842.359.744,18	12,0	3,8	12	1.876.367.955,2	34.008.211	2%	50%	vr	*	6,0	1,9			
Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)			,57														

il budget è pari al 2015 - 1% - La verifica del rispetto del budget è stata fatta a livello complessivo aziendale a causa della trascodifica dei conti tra 2015 e 2016 che in alcuni casi non permette una corretta attribuzione al gestore dei fattori. La valutazione tiene conto del fatto che pur non avendo rispettato complessivamente l'obiettivo (dati aggiornati al 2017-09-30) il monitoraggio è stato definito nel 2016, che quindi è stato un anno di impostazione del sistema, ed entra a regime a partire dal 2017

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**

66,0 66,0

65,8 65,8

## 3 - Obiettivi REGIONALI

5,9 5,9

5,9 5,9

105_agg_36	Proposta di creazione di Cruscotto su Salute Organizzativa a livello di USLNO	105_agg_36	> N.	1,00	4,2	4,2	12	1,00	0	0%	100%	*	4,2	4,2
		Proposta di creazione di Cruscotto su Salute Organizzativa a livello di USLNO	entro dicembre 2016											

proposta di cruscotto Salute organizzativa definita in tempo utile (mail FM 2017-10-30)

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,8	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	0,8	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale			rispetto indicazioni del responsabile aziendale: adempimenti obbligatori e formazione												cts

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

RT5b	> si/no	0,00	1,00	0.8	0.8	12	1,00	0	0%	100%	*	0.8	0.8	M	cio	
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		rispetto indicazioni del responsabile aziendale: adempimenti obbligatori e formazione														cts
															assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27	

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

4 - Ob Az: 8,5 8,5 8,5 8,5

IR-PREV	IR-PREVENZIONE	IR159	> si/no	1,00	8,5	8,5	12	1,00	0	0%	100%		8,5	8,5
		PPR e Formazione: Proposta di aggiornamento dell'anagrafe formativa (programma Ermione) per la gestione della formazione obbligatoria di lavoratori/preposti/dirigenti in base all'Accordo Stato Regioni 21/12/2011	definizione di un documento di progetto operativo da presentare ad estar entro giugno											

La proposta formulata è già stata implementata su Ermione

4 - Ob Az: Formazione 51,6 51,6 51,4 51,4

STF 18	Formazione: Redazione Piano di formazione	i-STF_18	>	1,00	16,9	16,9	12	1,00	0	0%	100%		16,9	16,9
		Invio in Regione entro 30/04	Invio in Regione entro aprile											

mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

STF 19	Formazione: Organizzazione 1 evento l'anno (in più edizioni) per tutti i coordinatori infermieristici, ostetrici e tecnici	i-STF_19	>	1,00	8,5	8,5	12	1,00	0	0%	100%		8,5	8,5
		Organizzazione 1 evento entro l'anno (in più edizioni)	Organizzazione 1 evento entro l'anno (in più edizioni)											

mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

STF 21	Formazione: Modifica anagrafe formativa per estrazione dati su rischio clinico	i-STF_21	>	1,00	0,0	0,0	12							
		Progetto per ESTAR	Progetto per ESTAR entro maggio											

obiettivo non realizzati in mancanza delle linee guida regionali , quindi non valutabile

STF 22	Formazione: Standardizzazione procedure di coinvolgimento dei MMG nella formazione	i-STF_22	>	1,00	0,8	0,8	12	0,75	0	-25%	75%		0,6	0,6
		Standardizzazione	Standardizzazione entro giugno											

la procedura è stata redatta ma non ancora condivisa con la medicina generale per la mancata nomina del direttore del dipartimento

STF 23	Formazione: Standardizzazione procedure	i-STF_23a	>	1,00	8,5	8,5	12	1,00	0	0%	100%		8,5	8,5
		1) Aggiornamento collettivo	1) Aggiornamento collettivo entro giugno2) Aggiornamento individuale entro giugno3) Sponsorizzazioni entro giugno											

mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

		i-STF_23b	>	1,00	8,5	8,5	12	1,00	0	0%	100%		8,5	8,5
		2) Aggiornamento individuale	1) Aggiornamento collettivo entro giugno2) Aggiornamento individuale entro giugno3) Sponsorizzazioni entro giugno											

mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

		i-STF_23c	>	1,00	8,5	8,5	12	1,00	0	0%	100%		8,5	8,5
		3) Sponsorizzazioni entro giugno	1) Aggiornamento collettivo entro giugno2) Aggiornamento individuale entro giugno3) Sponsorizzazioni entro giugno											

## 5 - Obiettivi QUALITA'

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01	> %.	70,00	70,00	3,4	3,4	12	70,00	0	0%	100%	*	3,4	3,4	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	0,7													cts
<p>RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.</p>																
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02	> N.		3,00	1,5	1,5	12	3,00	0	0%	100%	3	1,5	1,5	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali di tre incontri													cts
		Q03	> %		100,00	5,8	5,8	12	100,00	0	0%	100%	*	5,8	5,8	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)													cts
		Q04	> %		60,00	4,4	4,4	12	60,00	0	0%	100%	*	4,4	4,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60% del personale della struttura (dirigenza e comparto)													cts
<p>Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)</p>																

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	<b>UO FORMAZIONE (105)</b>	Totale pesi		93,8	97,9
61208		100,0	100,0		

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

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

UO/UF

105 BD106121

**21 UO COMUNICAZIONE (105)**

2

GIANELLI DANIELA

## 1 - Obiettivi MeS

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12						0*			cio
		Percentuale di assenza	6,77	obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità. il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													cts

E3	< %.	815,00	799,00	6,0	6,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	6,0	6,0	M	cio	
Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO												cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	687,40	680,53	15,0	15,0	12	232,56	-448	-66%	100%	3	15,0	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015					aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)								cts

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,7	0,7	12	1,00	0	0%	100%	0,7	0,7	M	cio		
			Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		rispetto indicazioni del responsabile aziendale: adempimenti obbligatori e formazione		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											cts

RT5b	> sì/no	0,00	1,00	0,7	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	0,7	M	cio	
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		rispetto indicazioni del responsabile aziendale: adempimenti obbligatori e formazione														cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																

#### 4 - Ob Az: Comunicazione

[illegible]

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 % Valutazione

IR com i	Comunicazione intranet	IR064 Intranet:3) creazione di una piattaforma condivisa per la comunicazione tra i professionisti coinvolti nei progetti di riorganizzazione	> si/no	1,00	6,8	6,8	12	0,75	0	-25%	75%		*	5,1	5,1	
STF 55	Comunicazione: PIANO DI COMUNICAZIONE trasmesso alla direzione per formalizzazione entro maggio 2016	I-STF_55 Trasmissione entro aprile	> Trasmissione entro aprile	0,00	1,00	6,8	6,8	12	1,00	0	0%	100%		*	6,8	6,8 M
STF 56	Comunicazione: Organizzazione ed attuazione degli eventi pubblici con una procedura comune	I-STF_56 % eventi organizzati	> 80% eventi organizzati	1,00	6,8	6,8	12	1,00	0	0%	100%		*	6,8	6,8	
STF 57	Comunicazione: Supporto alla fase di costituzione dell'azienda attraverso: incontri con la dirigenza, con le PP.OO., con i Coordinatori	I-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	> 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura2) Mail informativa ai dipendenti con cadenza almeno settimanale da marzo3) Elaborazione piano per la sostituzione del logo (segnaletica, auto, ecc.) in collaborazione con Area Tecnica	1,00	3,4	3,4	12	1,00	0	0%	100%		*	3,4	3,4	
STF 59	Comunicazione: Sito WEB	i-STF_59 Creazione di una redazione aziendale entro aprile in rapporto con Regione Toscana	> entro marzo raggiungimento 100% -	0,00	1,00	1,4	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4	1,4 M
STF 60	Comunicazione: social network	i-STF_60a Apertura profilo twitter	> Apertura twitter entro giugno e facebook entro dicembre raggiungimento 100% -	0,00	1,00	1,4	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4	1,4 M
		i-STF_60b Apertura profilo facebook	> Apertura twitter entro giugno e facebook entro dicembre raggiungimento 100% -	0,00	1,00	1,4	1,4	12	1,00	0	0%	100%		*	1,4	1,4 M
STF 61	Comunicazione: Uffici stampa	i-STF_61 Costituzione di una redazione unica con sistema di reperibilità h24	> Proposta entro aprile	0,00	1,00	2,7	2,7	12	1,00	0	0%	100%		*	2,7	2,7 M
STF 62	Comunicazione: Redazione di un TG della sanità di area vasta da far circolare sia tramite canali interni (monitor nelle sale d'attesa già presenti nelle strutture) sia all'esterno tramite YouTube	i-STF_62 Proposta operativa	> Proposta entro dicembre in corso- verificabile nel 2° semestre -	1,00	1,4	1,4	12	0,50	-1	-50%	50%		*	0,7	0,7	
STF 63	Comunicazione: Procedura unica URP e Tutela comprensiva di modulistica	i-STF_63a 1) Redazione procedura	> 1) entro marzo2) entro aprile3) entro settembre	1,00	6,8	6,8	12	1,00	0	0%	100%		*	6,8	6,8	
		i-STF_63b 2) N. esposti trattati secondo procedura / N. esposti totali	> 1) entro marzo2) entro aprile3) entro settembre	1,00	6,8	6,8	12	0,90	0	-10%	90%		*	6,1	6,1	

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

4 - Ob Az: IP. NUTRIZIONE														1,4	1,4	1,4	1,4
P20002a	Valutazione dell'estensione della Intranet in uso a Luca e Viareggio alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, finalizzata alla condivisione degli strumenti di lavoro	i-P20002a	> si/no	1,00	1,4	1,4	12	1,00	0	0%	100%		1,4	1,4			
		Attuazione cronoprogramma															

## 5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,4	3,4	12	70,00	0	0%	100%	*	3,4	3,4	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità" (Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	0,7													
		<p>RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.</p>														
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	1,5	1,5	12	2,00	-1	-33%	97%	3	1,4	1,4	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbal di tre incontri													
		<p>valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - / numero verbali inviati al Controllo di gestione al 2017-08-03 (personale medico)</p>														
		Q03	> %		100,00	5,8	5,8	12	100,00	0	0%	100%	*	5,8	5,8	
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)													
		<p>UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)</p>														



**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	60,00	4,4	4,4	12	60,00	0	0%	100%	*	4,4	4,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60% del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi  
p1 P2 Valutazione  
p1 P2

105\_BD10  
61212

**UO COMUNICAZIONE (105)**

Totale pesi

100,0 100,0

96,9 96,9

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)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

106\_CD10CO  
M

**U.O.C. COMUNICAZIONE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO (106)**

## 1 - Obiettivi MeS

10,0 10,0

10,0	10,0
------	------

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

10,0	10,0
------	------

10,0	10,0
------	------

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12						0*				cio				
		Percentuale di assenza			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica															cts
		E3	< %.	815,00	799,00	10,0	10,0	12		796,00	-3	0%	100%		*	10,0	10,0	M	cio			
		Tasso di infortuni dei dipendenti			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO															cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

3,0 3,0

0,9	0,9
-----	-----

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

3,0	3,0
-----	-----

	0,9	0,9
--	-----	-----

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	1.775,95	1.758,19	3,0	3,0	12	10.034,35	8.276	471%	30%	3	0,9	0,9	cio cts
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		<i>tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)</i> aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)												

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

72,0 72,0

67,3	68,3
------	------

### 3 - Obiettivi REGIONALI

9,5	9,8
-----	-----

9,5	9,8
-----	-----

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy		RT5	> si/no	0,00	1,00	4,7	4,9	12	1,00	0	0%	100%		4,7	4,9	M	cio
	Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															cts
<hr/>																		
			RT5b	> si/no	0,00	1,00	4,7	4,9	12	1,00	0	0%	100%		4,7	4,9	M	cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															cts

#### 4 - Ob Az: Comunicazione

53,1	54,9
------	------

50,7	52,4
------	------

<b>STF_61</b>	<b>Comunicazione: Uffici stampa</b>	i-STF_61 Costituzione di una redazione unica con sistema di reperibilità h24	> <i>Proposta entro Aprile</i>	0,00	1,00	11,8	12,2	12	1,00	0	0%	100%		11,8	12,2	M
---------------	-------------------------------------	---	-----------------------------------	------	------	------	------	----	------	---	----	------	--	------	------	---

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo 2015	Budget * 2016	Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost.Scost. %	Valutazione
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------------	-------------

4 - Ob Az: TRASPARENZA											4,7	2,4						2,4	1,2
P58002	TRASPARENZA: Organizzare le Giornate sulla Trasparenza	i-P58O02	> si/no	0,00	1,00	4,7	2,4	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	2,4	1,2	M			
		Predisporre un piano di Comunicazione/Informazione in collaborazione con ESTAR/Comunicazione e inviare alla Direzione entro il.... <i>Per quanto il termine non sia definito sono stati presi contatti con la U.O. Comunicazione per organizzare la giornata della trasparenza e l'iniziativa on line. - Con il Dr. Poggianti (addetto stampa Livorno)abbiamo condiviso l'idea di incontrare i rap</i>																	
4 - Ob Az: TRASPARENZA / ANTICORRUZIONE											4,7	4,9						4,7	4,9
P58003	TRASPARENZA / ANTICORRUZIONE: Redigere un Codice etico unico per l'Azienda	i-P58O03	> si/no	0,00	1,00	4,7	4,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	4,7	4,9	M			
		Produrre una proposta di Codice Etico Aziendale Unico anche con il confronto dei Responsabili Asl Centro e Sudest e inviare alla Direzione entro Giugno <i>La proposta del Codice etico è stata inviata alla Direzione il 1° giugno 2016 - E' stato inviato al gruppo di lavoro dei referenti anticorruzione da cui si attendono le dovute osservazioni</i>																	

15,0	15,0			15,0	15,0
------	------	--	--	------	------

[illegible]

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	15,0	15,0	12	70,00	0	0%	100%	*	15,0	15,0
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità" (Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			<p>RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.</p>									

RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.

Pagina 68 di 111

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_CD10 COM	<b>U.O.C. COMUNICAZIONE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO (106)</b>	Totale pesi		93,2	94,2
		100,0	100,0		

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

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

106 CD10FOR

**U.O.C. FORMAZIONE AZIENDALE (106)**

CARLOTTA DE NEGRI CLAVARINO

## 1 - Obiettivi MeS

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

[illegible]

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	53.543,18	53.007,75	10,0	13,6	12	517,50	-52.490	-99%	100%	3	10,0	13,6	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)													cts
		Euro03	< N.	1.860.969.438	1.842.359.744,18	5,0	1,4	12	1.876.367.955,2	34.008.211	2%	50%	vr	2,5	0,7	
		Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)		,57												il budget è pari al 2015 - 1% - La verifica del rispetto del budget è stata fatta a livello complessivo aziendale a causa della trascodifica dei conti tra 2015 e 2016 che in alcuni casi non permette una corretta attribuzione al gestore dei fattori. La valutazione tiene conto del fatto che pur non avendo rispettato complessivamente l'obiettivo (dati aggiornati al 2017-09-30) il monitoraggio è stato definito nel 2016, che quindi è stato un anno di impostazione del sistema, ed entra a regime a partire dal 2017

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

[illegible]

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

4 - Ob Az: Formazione										18,3	18,3	18,2	18,2	
STF 18	Formazione: Redazione Piano di formazione	i-STF_18 Invio in Regione entro 30/04	>		1,00	6,9	6,9	12	1,00	0	0%	100%	6,9	6,9
										mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:				
STF 19	Formazione: Organizzazione 1 evento l'anno (in più edizioni) per tutti i coordinatori infermieristici, ostetrici e tecnici	i-STF_19 Organizzazione 1 evento entro l'anno (in più edizioni)	>		1,00	2,7	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7	2,7
										mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:				
STF 21	Formazione: Modifica anagrafe formativa per estrazione dati su rischio clinico	i-STF_21 Progetto per ESTAR	>	0,00	1,00	0,0	0,0	12						
										obiettivo non realizzati in mancanza delle linee guida regionali , quindi non valutabile				
STF 22	Formazione: Standardizzazione procedure di coinvolgimento dei MMG nella formazione	i-STF_22 Standardizzazione	>	0,00	1,00	0,5	0,5	12	0,75	0	-25%	75%	0,4	0,4 M
										la procedura è stata redatta ma non ancora condivisa con la medicina generale per la mancata nomina del direttore del dipartimento				
STF 23	Formazione: Standardizzazione procedure	i-STF_23a 1) Aggiornamento collettivo	>		1,00	2,7	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7	2,7
										mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:				
		i-STF_23b 2) Aggiornamento individuale	>		1,00	2,7	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7	2,7
										mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:				
		i-STF_23c 3) Sponsorizzazioni entro giugno	>	0,00	1,00	2,7	2,7	12	1,00	0	0%	100%	2,7	2,7 M

## 5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'										15,0	15,0					14,2	14,2
B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	>	%.	70,00	70,00	5,8	5,8	12	70,00	0	0%	100%		5,8	5,8	
										RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 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	1,2	1,2	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,3	0,3	
										valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale dirigenziale e comparto)							

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	4,6	4,6	12	100,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)												cts
		Q04	> %	60,00	3,5	3,5	12	60,00	0	0%	100%	*	3,5	3,5	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS



		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_CD10 FOR	<b>U.O.C. FORMAZIONE AZIENDALE (106)</b>	Totale pesi		96,6	98,4
		100,0	100,0		

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

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

112\_57 **RELAZIONI PUBBLICHE (112)**

ROBERTO DELLA CERRA

Per il Comparto resp. Prof.le: CHIARA PINI

## 1 - Obiettivi MeS

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12						0*				cio	
		Percentuale di assenza		Consuntivo 2015 ex asi; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica													cts
		E3	< %.	815,00	799,00	2,0	2,0	12		796,00	-3	0%	100%		*	2,0	2,0	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti		Consuntivo 2015 ex asi; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asi sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asi TNO													cts

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	56.192,00	55.630,08	15,0	15,0	12	7,77	-55.622	-100%	100%	3	15,0	15,0	M	cio cts	
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		importi DA VERIFICARE: tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017) aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)														

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy
RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no      0,00      1,00      3,6    3,6    12      1,00      0      0%    100%    *    3,6    3,6 M      assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no      0,00      1,00      3,6    3,6    12      1,00      0      0%    100%    *    3,6    3,6 M      assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

#### 4 - Ob Az: Comunicazione

<u>IR_com i</u>	<u>Comunicazione intranet</u>	IR062	> si/no	1,00	2,4	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	2,4
		Intranet:1) Creazione di una redazione aziendale												

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

IR com i	Comunicazione intranet	IR063 Intranet:2) creazione di uno spazio dedicato alle info di USL TNO in ciascuna intranet zonale	> si/no app	0,00	1,00	2,4	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	2,4	M
raggiungimento 100% -																
STF 55	Comunicazione: PIANO DI COMUNICAZIONE trasmesso alla direzione per formalizzazione entro maggio 2016	i-STF_55 Trasmissione entro aprile	> app	0,00	1,00	7,2	7,2	12	1,00	0	0%	100%	*	7,2	7,2	M
raggiungimento 100% -																
STF 56	Comunicazione: Organizzazione ed attuazione degli eventi pubblici con una procedura comune	i-STF_56 % eventi organizzati	> app	0,00	1,00	7,2	7,2	12	1,00	0	0%	100%	*	7,2	7,2	M
raggiungimento al 50% -																
STF 57	Comunicazione: Supporto alla fase di costituzione dell'azienda attraverso: incontri con la dirigenza, con le PP.OO., con i Coordinatori	i-STF_57 1) Organizzazione 2 eventi l'anno per tutti i dirigenti di struttura	>		1,00	2,4	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	2,4	
		i-STF_57b 2) Mail informativa ai dipendenti con cadenza almeno settimanale	> app	0,00	1,00	2,4	2,4	12	1,00	0	0%	100%	*	2,4	2,4	M
raggiungimento 50% -																
STF 59	Comunicazione: Sito WEB	i-STF_59 Creazione di una redazione aziendale entro aprile in rapporto con Regione Toscana	> app	0,00	1,00	7,2	7,2	12	1,00	0	0%	100%	*	7,2	7,2	M
raggiungimento 100% -																
STF 60	Comunicazione: social network	i-STF_60a Apertura profilo twitter	> app	0,00	1,00	3,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	3,0	M
raggiungimento 100% -																
		i-STF_60b Apertura profilo facebook	> app	0,00	1,00	3,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	3,0	M
raggiungimento 100% -																
STF 62	Comunicazione: Redazione di un TG della sanità di area vasta da far circolare sia tramite canali interni (monitor nelle sale d'attesa già presenti nelle strutture) sia all'esterno tramite YouTube	i-STF_62 Proposta operativa	> app	0,00	1,00	6,0	6,0	12	0,50	-1	-50%	50%	*	3,0	3,0	M
in corso- verificabile nel 2° semestre -																
STF 63	Comunicazione: Procedura unica URP e Tutela comprensiva di modulistica	i-STF_63a 1) Redazione procedura	> app	0,00	1,00	3,0	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	3,0	M
raggiungimento 100% -																
		i-STF_63b 2) N. esposti trattati secondo procedura / N. esposti totali	> app	0,00	1,00	3,0	3,0	12	0,90	0	-10%	90%	*	2,7	2,7	M
raggiungimento 100% -																
STF 64	Comunicazione: Monitoraggio azioni di miglioramento	i-STF_64 1) Redazione procedura entro giugno	>	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*			
rinvii al 2017																

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. % Valutazione  
2015 **2016** 2016

<b>STF 64</b>	<b>Comunicazione: Monitoraggio azioni di miglioramento</b>	i-STF_64b 2) N azioni monitorate secondo procedura	>	0,00	1,00	0,0	0,0	12						*		
rinvio al 2017																

<b>STF 66</b>	<b>Comunicazione: proposta di sviluppo del contact center unico di area vasta comprensivo del sito web, dedicata all'orientamento sui percorsi che sia la base comune degli operatori di contact center entro dicembre</b>	i-STF_66 entro dicembre	>	0,00	1,00	6,0	6,0	12	1,00	0	0%	100%		*	6,0	6,0 M
---------------	--	----------------------------	---	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-------

### 4 - Ob Az: IP. NUTRIZIONE

<b>P20O02a</b>	<b>Valutazione dell'estensione della Intranet in uso a Lucca e Viareggio alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, finalizzata alla condivisione degli strumenti di lavoro</b>	i-P20O02a Attuazione cronoprogramma	> si/no	0,00	1,00	6,0	6,0	12	1,00	0	0%	100%		*	6,0	6,0 M
----------------	--	--	---------	------	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-------

cio  
cts

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	5,0	5,0	12	70,00	0	0%	100%		*	5,0	5,0
			diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.													

cio  
cts

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	1,3	1,3	12	3,00	0	0%	100%	3	*	1,3	1,3
			verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12 valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)													

cio  
cts

		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	5,0	5,0	12	100,00	0	0%	100%		*	5,0	5,0
			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)													

cio  
cts

		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	3,8	3,8	12	60,00	0	0%	100%		*	3,8	3,8
			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto) Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)													

cio  
cts

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

		Pesì		Valutazione	
		p1	P2	p1	P2
112_57	RELAZIONI PUBBLICHE (112)	Totale pesì		96,7	96,7
		100,0	100,0		

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

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

112\_69 **FORMAZIONE (112)**

CATIA PUCCI F.F.

## 1 - Obiettivi MeS

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

[illegible]

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

[illegible]

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	3,5	3,5	12	1,00	0	0%	100%		*	3,5	3,5	M	cio
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale																
		RT5b	> si/no	0,00	1,00	3,5	3,5	12	1,00	0	0%	100%		*	3,5	3,5	M	cio
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																	cts	
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale																		

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

4 - Ob Az: Formazione					61,0	51,0								60,6	60,6		
STF 18	Formazione: Redazione Piano di formazione	i-STF_18 Invio in Regione entro 30/04	>	0,00	1,00	20,9	20,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	20,9	20,9	M
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																	
STF 19	Formazione: Organizzazione 1 evento l'anno (in più edizioni) per tutti i coordinatori infermieristici, ostetrici e tecnici	i-STF_19 Organizzazione 1 evento entro l'anno (in più edizioni)	>	0,00	1,00	20,9	20,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	20,9	20,9	M
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																	
STF 21	Formazione: Modifica anagrafe formativa per estrazione dati su rischio clinico	i-STF_21 Progetto per ESTAR	> app	0,00	1,00	0,0	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*			
obiettivo non realizzati in mancanza delle linee guida regionali , quindi non valutabile																	
STF 22	Formazione: Standardizzazione procedure di coinvolgimento dei MMG nella formazione	i-STF_22 Standardizzazione	>	0,00	1,00	1,7	1,7	12	0,75	0	-25%	75%	<input type="checkbox"/>	*	1,3	1,3	M
la procedura è stata redatta ma non ancora condivisa con la medicina generale per la mancata nomina del direttore del dipartimento																	
STF 23	Formazione: Redazione del regolamento aziendale per le modalità di partecipazione alla formazione	i-STF_23 redazione del regolamento entro il 31 dicembre	>	0,00	1,00	0,0	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*			
	Formazione: Standardizzazione procedure	i-STF_23a 1) Aggiornamento collettivo	>	0,00	1,00	17,4	17,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	17,4	17,4	M
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																	

## 5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'										15,0	15,0						15,0	15,0
B23	Qualità e Accreditamento	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	5,0	5,0	12	70,00	0	0%	100%		*	5,0	5,0		
			diversificati per ex asl e definiti dai responsabili U.O. Qualità e Accreditamento (es. rispetto del 70 % delle check list Norme Buona Qualità					RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 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	1,3	1,3	12	3,00	0	0%	100%		*	1,3	1,3		
			verbalizzati da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12					valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - verbali inviati al controllo di gestione ambito Ospedaliero al 20/09/2017 (mail SP20/09/2017)										
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	5,0	5,0	12	100,00	0	0%	100%		*	5,0	5,0		
			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)					UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)										

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	60,00	3,8	3,8	12	60,00	0	0%	100%	*	3,8	3,8	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS



		Pesì		Valutazione	
		p1	P2	p1	P2
112_69	FORMAZIONE (112)	Totale pesi	100,0 100,0	94,6	97,4

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)

STAFFB

## AREA QUALITA', SICUREZZA DEL PAZIENTE E MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI

**Responsabile:** Andrea Macuzzi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

101\_1HSU9154

**ASSICURAZIONE QUALITA' (101)**

ANDREA MACUZZI

**1 - Obiettivi MeS**

35,0	35,0			35,0	35,0
------	------	--	--	------	------

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

5,8	5,8			5,8	5,8
-----	-----	--	--	-----	-----

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	82,70	80,00	5,8	5,8	12	85,00	5	6%	100%	3 *	5,8	5,8	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	80%						fonte dati infoview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202								cts

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

28,0	28,0			28,0	28,0
------	------	--	--	------	------

C6c	Rischio Clinico	C6.1.4	> N.	63,85	64,86	5,8	5,8	12	71,21	6	10%	100%	4	5,8	5,8	M
Efficienza del Comitato di Gestione Sinistri			da definire (possibilità di assegnare un obiettivo meno sfidante rispetto a quello che attribuirà il MeS, tipo circa 70%)     Dato 2015 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO - obiettivo media regionale													

C6.2.1	> %.	153,00	4,7	4,7	12	196,00	43	28%	100%	4 *	4,7	4,7		cio
Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)						dato complessivo ex asl 101 - fascia relativa alla Ausl TNO								cts

C6.2.2	> N.	300,00	4,7	4,7	12	263,00	-37	-12%	100%	5 *	4,7	4,7		cio
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)						dato complessivo ex asl 101 - fascia relativa alla Ausl TNO								cts

C6.5.3	> N.	0,79	0,0	0,0	12					*				cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere						Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts

C6.5.4	> N.	0,68	0,0	0,0	12					*				cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere						Indicatore annullato in quanto specificato negli altri del CRC, peso redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica								cts

C6.5.5	> N.	88,20	2,3	2,3	12	88,20	8	10%	100%	4 *	2,3	2,3		cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale						Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								cts

C6.5.6	> N.	99,20	2,3	2,3	12	99,20	24	32%	100%	5 *	2,3	2,3		cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale						Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								cts

C6.5.7	> N.	1,00	2,3	2,3	12	1,00	0	0%	100%	*	2,3	2,3		cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale						valutaz. 2017-11-05								cts

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* **Pesi** **Mese** **Consuntivo** **Scost.Scost.**  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.6	< %	2,42		2,3	2,3	12	2,66			100%	3 *	2,3	2,3	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti														cts

||| \ Dato 2015 - Asl NO \ Dato 2016 - Asl NO

C6.7.1	> N.	83,33	100,00	3,5	3,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	3,5	3,5	M	cio
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)															cts

||| \ Dato 2015 - Asl NO \ Dato 2016 - Asl NO

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

<b>1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA</b>						<b>1,2</b>	<b>1,2</b>							<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	
--	--	--	--	--	--	------------	------------	--	--	--	--	--	--	------------	------------	--

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,95	0,0	0,0	12					0 *			cio
		Percentuale di assenza	6,77													cts

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

E3	< %.	815,00	799,00	1,2	1,2	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,2	1,2	M	cio
Tasso di infortuni dei dipendenti	<i>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</i>														cts
<i>i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si</i>															

Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>2 - Obiettivi ECONOMICI</b>						<b>3,0</b>	<b>3,0</b>							<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------	--	--	--	--	--	--	------------	------------	--

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	241,57	239,15	3,0	3,0	12	179,31	-60	-25%	100%	3 *	3,0	3,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI		tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015 / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)													cts

tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)

aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

<b>3 - Obiettivi REGIONALI</b>						<b>3,1</b>	<b>3,1</b>							<b>3,1</b>	<b>3,1</b>	
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------	--	--	--	--	--	--	------------	------------	--

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,1	2,1	12	1,00	0	0%	100%		2,1	2,1	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale.	Rispetto indicazioni del responsabile aziendale														cts

Rispetto indicazioni del responsabile aziendale

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

		RT5b	> si/no		1,00	1,0	1,0	12	1,00	0	0%	100%		1,0	1,0	cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale														cts

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

<b>4 - Ob Az: Formazione</b>						<b>0,0</b>	<b>0,0</b>									
------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>STF 21</b>	<b>Formazione: Modifica anagrafe formativa per estrazione dati su rischio clinico</b>	i-STF_21	>	0,00	1,00	0,0	0,0	12								
		Progetto per ESTAR														

Progetto per ESTAR entro giugno

obiettivo non realizzati in mancanza delle linee guida regionali, quindi non valutabile

<b>4 - Ob Az: QUALITA' E ACCREDITAMENTO</b>						<b>21,9</b>	<b>21,9</b>							<b>21,9</b>	<b>21,9</b>	
---	--	--	--	--	--	-------------	-------------	--	--	--	--	--	--	-------------	-------------	--

<b>STF 42</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i format delle procedure aziendali</b>	i-STF_42	>	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		3,1	3,1	M

Entro il 30 Aprile

mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

STF_43	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare la metodologia di redazione delle procedure aziendali	i-STF_43 Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016	>	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M			
Entro il 30 Novembre mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																				
STF_44	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Mappare lo stato di verifica dei requisiti di accreditamento ed autorizzazione e le modalità di controllo delle procedure	i-STF_44 Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016	>	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M			
Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016 mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																				
STF_45	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Effettuare simulazioni di visite per le strutture funzionali in attesa di verifica	i-STF_45 nr visite	>	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M			
1 per ogni ex azienda entro dicembre mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																				
STF_46	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i manuali di qualità delle strutture funzionali che svolgono la stessa attività standardizzando i protocolli e la documentazione	i-STF_46 Produzione documento	>	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M			
Produzione documento entro dicembre mail AB del 08/09/2017 - note: i.e.: dare una forma omogenea ai manuali delle strutture omologhe . Ambito riferimento:																				
STF_47	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Definire le criticità delle SOF oggetto di accreditamento non ancora verificate dal gruppo regionale, con riferimento ai dati 2014	i-STF_47 Produzione documento di sintesi su format predefinito	>	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M			
Produzione documento di sintesi su format predefinito entro aprile mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																				
STF_48	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Valutare l'effetto delle azioni di miglioramento delle SOF già verificate con prescrizioni dal gruppo regionale	i-STF_48 Produzione documento di sintesi su format predefinito	>	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M			
Produzione documento di sintesi su format predefinito entro maggio mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																				
4 - Ob Az: Rischio clinico						21,9	21,9											21,9	21,9	
IR_ris	Rischio clinico	IR206 Mappare la rete dei facilitatori del rischio clinico per la verifica della loro diffusione capillare	> si/no	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M			
Entro aprile																				
		IR208 Uniformare i livelli minimi di di applicazione dell'incident reporting all'interno delle strutture funzionali	> si/no	0,00	1,00	4,2	4,2	12	1,00	0	0%	100%		*	4,2	4,2	M			
STF_34	Rischio clinico: verificare la diffusione ed applicazione delle buone pratiche e raccomandazioni ministeriali all'interno delle aree funzionali ed uniformare l'implementazione	I-STF_34 una verifica annua per area funzionale	>	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M			
Una verifica annua per area funzionale mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																				
STF_35	Rischio clinico: Definire le modalità di verifica dell'applicazione delle buone pratiche e raccomandazioni ministeriali	I-STF_35 Elaborazione documento	>	0,00	1,00	4,2	4,2	12	1,00	0	0%	100%		*	4,2	4,2	M			
Elaborazione documento entro luglio mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																				

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

STF 36	Rischio clinico: Implementare lo strumento dell'audit al fine di migliorare la sicurezza delle cure e ridurre il contenzioso	I-STF_36 3 annui per ogni azienda	>	0,00	1,00	4,2	4,2	12	1,00	0	0%	100%		*	4,2	4,2	M
3 audit annui per ogni U.O.C. e S.S.D. mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																	

STF 40	Rischio clinico: Uniformare le procedure aziendali che riguardano l'applicazione delle buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali	i-STF_40 Elaborazione procedura	>	0,00	1,00	3,1	3,1	12	1,00	0	0%	100%		*	3,1	3,1	M
Elaborazione procedura entro giugno mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																	

## 5 - Obiettivi QUALITA'

## 5 - Obiettivi QUALITA'

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	>	N.	3,00	1,3	1,3	12	0,00	-3	-100%	30%	3	*	0,4	0,4	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)															cts
			verbal di tre incontri														
			valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)														
		Q03	>	%	100,00	5,9	5,9	12	100,00	0	0%	100%		*	5,9	5,9	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta															cts
			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)														
			UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)														
		Q04	>	%	60,00	7,8	7,8	12	60,00	0	0%	100%		*	7,8	7,8	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)															cts
			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)														
			Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)														

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

		Pesì		Valutazione	
		p1	P2	p1	P2
101_1HSU	ASSICURAZIONE QUALITA'	Totale pesi		99,1	99,1
9154	(101)	100,0	100,0		

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

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

UO/UF

102\_101011 **S.S. QUALITA' E ACCREDITAMENTO (102)**

MARIA LUISA CATANIA

PELLEGRINA SELMI

**1 - Obiettivi MeS**

10,0 10,0 10,0 10,0

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

10,0 10,0 10,0 10,0

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0*				
		Percentuale di assenza	/ 6,36														
		E3	< %.	815,00	799,00	10,0	10,0	12		796,00	-3	0%	100%		10,0	10,0	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere														

obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO

**2 - Obiettivi ECONOMICI**

15,0 15,0 15,0 15,0

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0 15,0 15,0 15,0

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	1.077,02	1.066,25	15,0	15,0	12		235,51	-831	-78%	100%	3*	15,0	15,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	/ Min(valore 2014;valore 2015-1%) / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)														

aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)

**3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI**

60,0 60,0 60,0 60,0

## 3 - Obiettivi REGIONALI

3,2 3,2 3,2 3,2

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,6	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	1,6	M	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														cts
<hr/>																			
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	1,6	1,6	12	1,00	0	0%	100%		*	1,6	1,6		cio	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		/ si	assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														cts

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

**4 - Ob Az: QUALITA' E ACCREDITAMENTO**

56,8 56,8 56,8 56,8

STF_42	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i format delle procedure aziendali	i-STF_42	>	1,00	8,1	8,1	12	1,00	0	0%	100%		8,1	8,1
			/ si		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:									
STF_43	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare la metodologia di redazione delle procedure aziendali	i-STF_43	>	1,00	8,1	8,1	12	1,00	0	0%	100%		8,1	8,1
		Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016	/ si		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:									

mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS



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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì **Mese** Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>STF 44</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Mappare lo stato di verifica dei requisiti di accreditamento ed autorizzazione e le modalità di controllo delle procedure</b>	i-STF_44 Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016	> / si	1,00	8,1	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1	8,1
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														
<b>STF 45</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Effettuare simulazioni di visite per le strutture funzionali in attesa di verifica</b>	i-STF_45 nr visite	> / >=5 (1 per ogni ex azienda) entro dicembre	1,00	8,1	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1	8,1
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														
<b>STF 46</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i manuali di qualità delle strutture funzionali che svolgono la stessa attività standardizzando i protocolli e la documentazione</b>	i-STF_46 Produzione documento	> i.e.: dare una forma omogenea ai manuali delle strutture omologhe / entro dicembre	1,00	8,1	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1	8,1
mail AB del 08/09/2017 - note: i.e.: dare una forma omogenea ai manuali delle strutture omologhe . Ambito riferimento:														
<b>STF 47</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Definire le criticità delle SOF oggetto di accreditamento non ancora verificate dal gruppo regionale, con riferimento ai dati 2014</b>	i-STF_47 Produzione documento di sintesi su format predefinito	> / entro aprile	1,00	8,1	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1	8,1
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														
<b>STF 48</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Valutare l'effetto delle azioni di miglioramento delle SOF già verificate con prescrizioni dal gruppo regionale</b>	i-STF_48 Produzione documento di sintesi su format predefinito	> / entro aprile	1,00	8,1	8,1	12	1,00	0	0%	100%	*	8,1	8,1
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	4,6	4,6	12	70,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).																
RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.																
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	1,2	1,2	12	1,00	-2	-67%	63%	3	*	0,8	0,8	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)																
/ 3 riunioni verbalizzate																
valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento: - aggiornamento alla mail FL del 2017-09-21																
		Q03	> %	100,00	4,6	4,6	12	100,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio	
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta																
UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)																

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	60,00	4,6	4,6	12	60,00	0	0%	100%	*	4,6	4,6	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	/ 60												cts

*Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)*

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_10101	<b>S.S. QUALITA' E</b>	<b>Totale pesi</b>		99,6	99,6
1	<b>ACCREDITAMENTO (102)</b>	100,0	100,0		

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

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

UO/UF

105 BD106121

**21 UO SISTEMA GESTIONE QUALITA' ED ACCREDITAMENTO (105)**

1

FILIERI MARCELLA

## 1 - Obiettivi MeS

10,0 10,0

10,0	10,0
------	------

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

10,0	10,0
------	------

10,0	10,0
------	------

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0*			cio
		Percentuale di assenza	6,77			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità. il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica									cts	

E3	< %.	815,00	799,00	10,0	10,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	10,0	10,0	M	cio
Tasso di infortuni dei dipendenti		<i>Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere</i>													cts
<i>I dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO</i>															

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0 15,0

15,0	15,0
------	------

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0	15,0
------	------

15,0	15,0
------	------

F	<u>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</u>	Euro01	< €.	127,02	125,75	15,0	15,0	12	37,70	-88	-70%	100%	3	15,0	15,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015		aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)												cts

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

60,0 60,0

60,0	60,0
------	------

### 3 - Obiettivi REGIONALI

1,5	1,5
-----	-----

1,5	1,5
-----	-----

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,7	0,7	12	1,00	0	0%	100%	0,7	0,7	M	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		rispetto indicazioni del responsabile aziendale: adempimenti obbligatori e formazione		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27											cts

RT5b	> si/no	1,00	0,7	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	0,7	
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale													
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													

#### 4 - Ob Az: QUALITA' E ACCREDITAMENTO

58,5 58,5

58,5	58,5
------	------

STF_42	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i format delle procedure aziendali	i-STF_42	>	1,00	8,9	8,9	12	1,00	0	0%	100%	*	8,9	8,9
<p>Entro il 30 Aprile</p> <p>mail AB del 08/09/2017 - note: Ambito riferimento:</p>														

<b>STF_43</b>	<b><u>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare la metodologia di redazione delle procedure aziendali</u></b>	i-STF_43	>	1,00	9,6	9,6	12	1,00	0	0%	100%		9,6	9,6
		Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016		Entro il 30 Novembre		mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:								

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>STF 44</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Mappare lo stato di verifica dei requisiti di accreditamento ed autorizzazione e le modalità di controllo delle procedure</b>	i-STF_44 Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016	>	1,00	10,4	10,4	12	1,00	0	0%	100%	*	10,4	10,4	mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:
<b>STF 45</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Effettuare simulazioni di visite per le strutture funzionali in attesa di verifica</b>	i-STF_45 nr visite	>	1,00	7,4	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	7,4	mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:
<b>STF 46</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i manuali di qualità delle strutture funzionali che svolgono la stessa attività standardizzando i protocolli e la documentazione</b>	i-STF_46 Produzione documento	>	1,00	7,4	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	7,4	mail AB del 08/09/2017 - note: i.e.: dare una forma omogenea ai manuali delle strutture omologhe . Ambito riferimento:
<b>STF 47</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Definire le criticità delle SOF oggetto di accreditamento non ancora verificate dal gruppo regionale, con riferimento ai dati 2014</b>	i-STF_47 Produzione documento di sintesi su format predefinito	>	1,00	7,4	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	7,4	mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:
<b>STF 48</b>	<b>QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Valutare l'effetto delle azioni di miglioramento delle SOF già verificate con prescrizioni dal gruppo regionale</b>	i-STF_48 Produzione documento di sintesi su format predefinito	>	1,00	7,4	7,4	12	1,00	0	0%	100%	*	7,4	7,4	mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	3,4	3,4	12	70,00	0	0%	100%	*	3,4	3,4	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	1,5	1,5	12	3,00	0	0%	100%	3	1,5	1,5	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale dirigenziale e comparto)
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	5,8	5,8	12	100,00	0	0%	100%	*	5,8	5,8	mail LM 2017-11-02 UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	60,00	4,4	4,4	12	60,00	0	0%	100%	*	4,4	4,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60% del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	<b>UO SISTEMA GESTIONE</b>	<b>Totale pesi</b>		100,0	100,0
61211	<b>QUALITA' ED</b>				
	<b>ACCREDITAMENTO (105)</b>				

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

105\_BD106121

**UO GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (105)**

LELLI STEFANO

**1 - Obiettivi MeS**

35,0 35,0

35,0 35,0

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

2,2 2,2

2,2 2,2

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	65,20	80,00	2,2	2,2	12	85,00	5	6%	100%	3	2,2	2,2	M	cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8														cts

fonte dati infview regionale, dati aggiornati al 16/04/2017 - livello di calcolo 202

mail MP del 2017-09-27

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

30,6 30,6

30,6 30,6

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.		162,00	4,4	4,4	12	142,00	-20	-12%	100%	4	4,4	4,4		cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	3														cts
		C6.2.2	> N.		336,00	4,4	4,4	12	452,00	116	35%	100%	5	4,4	4,4		cio
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	6														cts
		C6.5.3	> N.		79,20	0,0	0,0	12									cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: prevenzione delle infezioni in strutture ospedaliere	≥85%														cts
		C6.5.4	> N.		68,29	0,0	0,0	12									cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: errori di terapia in strutture ospedaliere	≥85%														cts
		C6.5.5	> N.		88,20	4,4	4,4	12	88,20	8	10%	100%	4	4,4	4,4		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	≥80%														cts
		C6.5.6	> N.		99,20	4,4	4,4	12	99,20	24	32%	100%	5	4,4	4,4		cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in chirurgia in ospedale	≥75%														cts
		C6.5.7	> N.		66,67	4,4	4,4	12	90,00	0	0%	100%		4,4	4,4	M	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: sicurezza in oncologia in ospedale	≥90%														cts
		C6.6	< %		2,42	4,4	4,4	12	2,66	0	-11%	100%	3	4,4	4,4		cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	≥3														cts

||| Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS



C6c	Rischio Clinico	C6.7.1	> N.	83,33	100,00	4,4	4,4	12	100,00	0	0%	100%	4 *	4,4	4,4	M	cio
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio	1														cts
\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																	

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 105 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche; le strutture territoriali non hanno avuto eventi sentinella (mail Clinical Risk manager GT-MP del 2017-09-26)

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0 *				cio
		Percentuale di assenza	6,77			obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica											cts

E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	2,2	2,2	12	796,00	-3	0%	100%		*	2,2	2,2	M	cio	cts
Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO																	

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI	3,0	3,0	3,0	3,0
-------------------------	-----	-----	-----	-----

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	81,33	80,52	3,0	3,0	12	0,00	-81	-100%	100%	3 *	3,0	3,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente – 1% del preconsuntivo 2015		aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)												
cts																	

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI	47,0	47,0	47,0	47,0
-------------------------	------	------	------	------

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,7	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	0,7	M	cio	
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	rispetto indicazioni del responsabile aziendale: adempimenti obbligatori e formazione															cts
			assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

RT5b	> si/no	1,00	0,7	0,7	12	1,00	0	0%	100%	*	0,7	0,7	cio
Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale													cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													

4 - Ob Az: Formazione	0,0	0,0		
-----------------------	-----	-----	--	--

STF 21	Formazione: Modifica anagrafe formativa per estrazione dati su rischio clinico	i-STF_21 Progetto per ESTAR	>		1,00	0,0	0,0	12					*				
Progetto per ESTAR entro maggio																	

obiettivo non realizzati in mancanza delle linee guida regionali, quindi non valutabile

4 - Ob Az: Rischio clinico	45,6	45,6	45,6	45,6
----------------------------	------	------	------	------

IR ris	Rischio clinico	IR206 Mappare la rete dei facilitatori del rischio clinico per la verifica della loro diffusione capillare	> si/no		1,00	4,1	4,1	12	1,00	0	0%	100%		*	4,1	4,1	
--------	-----------------	---	---------	--	------	-----	-----	----	------	---	----	------	--	---	-----	-----	--

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

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost. % Valutazione  
2015 **2016** 2016

<b>IR ris</b>	<b>Rischio clinico</b>	IR208 Uniformare i livelli minimi di di applicazione dell'incident reporting all'interno delle strutture funzionali	> si/no	1,00	10,2	10,2	12	1,00	0	0%	100%	*	10,2	10,2
<b>STF 34</b>	<b>Rischio clinico: verificare la diffusione ed applicazione delle buone pratiche e raccomandazioni ministeriali all'interno delle aree funzionali ed uniformare l'implementazione</b>	I-STF_34 una verifica annua per area funzionale	> Una verifica annua per area funzionale	1,00	4,1	4,1	12	1,00	0	0%	100%	*	4,1	4,1
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														
<b>STF 35</b>	<b>Rischio clinico: Definire le modalità di verifica dell'applicazione delle buone pratiche e raccomandazioni ministeriali</b>	I-STF_35 Elaborazione documento	> Elaborazione documento	1,00	6,8	6,8	12	1,00	0	0%	100%	*	6,8	6,8
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														
<b>STF 36</b>	<b>Rischio clinico: Implementare lo strumento dell'audit al fine di migliorare la sicurezza delle cure e ridurre il contenzioso</b>	I-STF_36 3 anni per ogni azienda	> 3 audit annui per ogni U.O.C. e S.S.D.	1,00	13,6	13,6	12	1,00	0	0%	100%	*	13,6	13,6
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														
<b>STF 40</b>	<b>Rischio clinico: Uniformare le procedure aziendali che riguardano l'applicazione delle buone pratiche e le raccomandazioni ministeriali</b>	i-STF_40 Elaborazione procedura	> Elaborazione procedura entro giugno	1,00	6,8	6,8	12	1,00	0	0%	100%	*	6,8	6,8
mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,4	3,4	12	70,00	0	0%	100%		3,4	3,4	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			0,7	RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.												cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	1,5	1,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,4	0,4	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			verbal di tre incontri	valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale dirigenziale e comparto)												cts
		Q03	> %		100,00	5,8	5,8	12	100,00	0	0%	100%		5,8	5,8	cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)	UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) rispetto al format fornito. (mail Sirio Del Grande del 13/07/2017)												cts

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	60,00	4,4	4,4	12	60,00	0	0%	100%	*	4,4	4,4	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60% del personale della struttura (dirigenza e comparto)												cts

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	<b>UO GESTIONE DEL RISCHIO</b>	Totale pesi		99,0	99,0
61217	<b>CLINICO (105)</b>	100,0	100,0		

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

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

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

UO/UF

105\_BD106122

## UO SUPPORTO PROCESSI INNOVAZIONE (105)

0

SCARSELLI GABRIELLA

## 1 - Obiettivi MeS

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

<b>B24</b>	<b>Carta Sanitaria Elettronica (CSE)</b>	B24.1	> %.	57,83	66,63	2,0	2,0	12	29,61	-37	-56%	30%	3	0,6	0,6	
		% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	0,6663													
									Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	65,20	80,00	2,0	2,0	12	85,00	5	6%	100%	3	2,0	2,0	M
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	0,8													cts
									mail MP del 2017-09-27							
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	5,0	5,0	12	99,38	1	1%	100%	5	5,0	5,0	M
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare													cts
									dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12					0			
		Percentuale di assenza	6,77													cts
									obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica							
		E3	< %.	815,00	799,00	1,0	1,0	12	796,00	-3	0%	100%		1,0	1,0	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti														cts
									i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO							

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>E</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	137,26	135,89	15,0	15,0	12	97,67	-38	-28%	100%	3	15,0	15,0	M
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015													cts
									aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)							

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

## 3 - Obiettivi REGIONALI

<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT12	> si/no		1,00	16,3	16,3	12	1,00	0	0%	100%		16,3	16,3	
		Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG	almeno il 20% dei MMG ha effettuato le prenotazioni													
									a viareggio e pisa alcuni medici prenotano già, lo strumento è predisposto manca accordo MMG							

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 % Valutazione

B1c1	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT13	> si/no	1,00	1,00	5,6	5,6	12	1,00	0	0%	100%	*	5,6	5,6	
		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)														lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del Day Service, idem la ex 102 ed ex 112 e 106.
		RT14	> si/no		1,00	5,7	5,7	12	1,00	0	0%	100%	*	5,7	5,7	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)														tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%. Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)
		RT15	> si/no		1,00	0,0	0,0	12					*			
		Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0														ok tutta la preparazione (valutazione coordinatore CUP del 2017-10-05)
																N.V. l'obiettivo è stato rinviato al 2017
B3a	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,7	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	2,7	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale														cio cts rispetto indicazioni del responsabile aziendale: adempimenti obbligatori e formazione
		RT5b	> si/no		1,00	2,7	2,7	12	1,00	0	0%	100%	*	2,7	2,7	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale														cio cts assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27
4 - Ob Az: AREA AMMINISTRATIVA						0,0	0,0									
P52009	<b>GESTIONE ACCOGLIENZA SERVIZI SANITARI: Elaborazione report di confronto tra tempi di durata delle singole prestazioni, partendo dalle prime visite, e successiva standardizzazione delle situazioni delle 5 ex ASL</b>	i-P52009	> si/no		1,00	0,0	0,0	12					*			
		Elaborazione report entro il ...														Verifica aggiornata al 2017-09-22 / Doveva essere redatto Il report di confronto. Vengono allegati i verbali del comitato direttivo CDR per l'avvio del cup 2.0
																annullato in quanto assegnato solo al dipartimento
4 - Ob Az: AREA GASS						0,0	0,0									
P52011	<b>GASS: Ticket per attività Riabilitazione.Omogeneizzare il pagamento a CUP entro giugno previa mappatura delle attuali modalità di riscossione</b>	i-P52011	> si/no		1,00	0,0	0,0	12					*			
		Omogeneizzare il pagamento a CUP entro giugno previa mappatura delle attuali modalità di riscossione.														Le modalità operative sono rinviate all'avvio del cup 2.0
P52012	<b>GASS: Ticket visite di controllo: analizzare con gli amministrativi le attuali modalità di pagamento</b>	i-P52012	> si/no	0,00	1,00	0,0	0,0	12					*			
		Inviare.....														Verifica aggiornata al 2017-09-22 / Le modalità operative sono rinviate all'avvio del cup 2.0
4 - Ob Az: GESTIONE ACCOGLIENZA SERVIZI SANITARI / PRIVACY						10,6	10,6									
P56004	<b>GESTIONE ACCOGLIENZA SERVIZI SANITARI: CUP: uniformare le procedure gestionali per il pagamento delle prestazioni</b>	i-P56004	> si/no	0,00	1,00	10,6	10,6	12	1,00	0	0%	100%	*	10,6	10,6	M
		Invio proposta a.....entro il 30/06/2016 Per:- Riscossione Ticket- Day Service- Dematerializzata- Integrazione dei Call Center - Percorso verso un Unico CUP- Modalità di pagamento (censimento, procedura macchinette in caso di guasto)														Verifica aggiornata al 2017-09-22 / inviata relazione con descrizione dell'attuale organizzazione e proposte

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

## 4 - Ob Az: MEDICINA SPORT

16,3 16,3

16,3 16,3

<b>P21O01</b>	<b>Mettere a CUP delle ex aziende le prenotazioni delle visite di Medicina dello Sport in vista dell'unificazione aziendale su SISPC</b>	i-P21O01	> si/no	0,00	1,00	16,3	16,3	12	1,00	0	0%	100%	*	16,3	16,3	M	cio
		Estensione a tutte le ex aziende delle prenotazioni a CUP			Estensione alla ex asl 5 delle prenotazioni a CUP												cts

realizzata la parte di competenza

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 15,0

15,0 15,0

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0 15,0

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01	> %.	70,00	70,00	3,4	3,4	12	70,00	0	0%	100%	*	3,4	3,4		cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	0,7														cts
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02	> N.		3,00	1,5	1,5	12	6,00	3	100%	100%	3	1,5	1,5		cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbal di tre incontri													cts
		Q03	> %		100,00	5,8	5,8	12	100,00	0	0%	100%	*	5,8	5,8		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)													cts
		Q04	> %		60,00	4,4	4,4	12	60,00	0	0%	100%	*	4,4	4,4		cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		60% del personale della struttura (dirigenza e comparto)													cts

Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito aziendale; - altri incontri rivolti ai responsabili di struttura di tutta l'Azienda ed a specifici settori della stessa; - Conferenza dei Servizi con partecipazione di personale aziendale. Alla UO Comunicazione risulta che per ogni struttura dell'Azienda almeno il 60 per cento degli operatori (dirigenza e comparto) abbia partecipato ad eventi informativi (mail SDG del 2017-08-02)

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
105_BD10	<b>UO SUPPORTO PROCESSI</b>	Totale pesi		98,6	98,6
61220	<b>INNOVAZIONE (105)</b>	100,0	100,0		

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

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



106\_CD10QU  
A

## GIUSEPPE PALADINO

[illegible][illegible]

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																			
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12						0	*							
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																	
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	10,0	10,0	12	796,00	-3	0%	100%	*	10,0	10,0	M						
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO																	

[illegible][illegible][illegible]

60,0	60,0			60,0	60,0
------	------	--	--	------	------

[illegible][illegible]

46,5	50,6			46,5	50,6
------	------	--	--	------	------

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016**

Consuntivo 2015	Budget 2016	* Pesì	Mese	Consuntivo 2016	Scost.Scost. %	Valutazione
--------------------	----------------	--------	------	--------------------	-------------------	-------------

STF_42	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i format delle procedure aziendali	i-STF_42	>		1,00	8,0	8,7	12	1,00	0	0%	100%		*	8,0	8,7
/ si mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																
STF_43	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare la metodologia di redazione delle procedure aziendali	i-STF_43	>	0,00	1,00	2,9	3,2	12	1,00	0	0%	100%		*	2,9	3,2
Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016 Entro il 30 Novembre mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																
STF_44	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Mappare lo stato di verifica dei requisiti di accreditamento ed autorizzazione e le modalità di controllo delle procedure	i-STF_44	>		1,00	13,7	15,0	12	1,00	0	0%	100%		*	13,7	15,0
Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016 Adempimenti secondo le scadenze previste nella DGR 118/2016 mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																
STF_45	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Effettuare simulazioni di visite per le strutture funzionali in attesa di verifica	i-STF_45	>	0,00	1,00	2,9	3,2	12	1,00	0	0%	100%		*	2,9	3,2
nr visite 1 per ogni ex azienda entro dicembre mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																
STF_46	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Uniformare i manuali di qualità delle strutture funzionali che svolgono la stessa attività standardizzando i protocolli e la documentazione	i-STF_46	>		1,00	8,0	8,7	12	1,00	0	0%	100%		*	8,0	8,7
Produzione documento i.e.: dare una forma omogenea ai manuali delle strutture omologhe / entro dicembre mail AB del 08/09/2017 - note: i.e.: dare una forma omogenea ai manuali delle strutture omologhe . Ambito riferimento:																
STF_47	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Definire le criticità delle SOF oggetto di accreditamento non ancora verificate dal gruppo regionale, con riferimento ai dati 2014	i-STF_47	>		1,00	8,0	8,7	12	1,00	0	0%	100%		*	8,0	8,7
Produzione documento di sintesi su format predefinito / entro aprile mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																
STF_48	QUALITA' E ACCREDITAMENTO: Valutare l'effetto delle azioni di miglioramento delle SOF già verificate con prescrizioni dal gruppo regionale	i-STF_48	>	0,00	1,00	2,9	3,2	12	1,00	0	0%	100%		*	2,9	3,2
Produzione documento di sintesi su format predefinito Produzione documento di sintesi su format predefinito entro maggio mail AB del 08/09/2017 - note: . Ambito riferimento:																

15,0	15,0	14,5	14,5
------	------	------	------

[illegible]

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	5,0	5,0	12	70,00	0	0%	100%	*	5,0	5,0	cio	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017. Comprende mail GP del 2017-01-12)											cts

12 gennaio 2018

## STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

Consuntivo Budget \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 2016 2016 % Valutazione

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a	> %.	100,00	100,00	5,0	5,0	12	100,00	0	0%	100%	*	5,0	5,0	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017. Comprende mail GP del 2017-01-12)										cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a	> N.	0,00	90,00	5,0	5,0	12	81,54	-8	-9%	91%	*	4,5	4,5	M 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 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO										cts

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

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

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesi Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

Pesi  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

106\_CD10  
QUA

**U.O.C. QUALITA'  
ACCREDITAMENTO CLIMA  
INTERNO (106)**

Totale pesi

100,0 100,0

99,5 99,5

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)

\* Fascia di valutazione Bersaglio MeS

106\_CD18PRA **U.O.C. PROGRAMMAZIONE SANITARIA AZIENDALE (106)**[illegible]

10,0	10,0			10,0	10,0
------	------	--	--	------	------

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)																			
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	0,0	12						0	*							
			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica																
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	10,0	10,0	12	796,00	-3	0%	100%		*	10,0	10,0	M					
			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere		i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte estrapolati dal Conto Annuale della Nuova azienda si considera l'obiettivo raggiunto con una diminuzione complessiva aziendale di almeno il 2% degli infortuni in termini numerici - livello di calcolo Asl TNO																

[illegible]

70,0	70,0			70,0	70,0
------	------	--	--	------	------

B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5a Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	46,4	46,4	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	46,4	46,4	M	cio	cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																			
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no		1,00	1,1	1,1	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	1,1	1,1		cio	cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27																			
da non proporre	Elaborare documenti di programmazione (PAL, Piano di Area Vasta ecc...)	da proporre alla DA Elaborare documenti di programmazione (PAL, Piano di Area Vasta ecc...)	> N.		1,00	22,5	22,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	22,5	22,5			
Piano di Area Vasta nord Ovest deliberato a Novembre 2016																			

[illegible][illegible]

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	6,7	6,7	12	70,00	0	0%	100%	*	6,7	6,7	cio cts
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.											

**STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016**

Consuntivo **Budget** \* Pesì Mese Consuntivo Scost.Scost.  
2015 **2016** 2016 % Valutazione

B23	Qualità e Accreditamento	Q01a		> %.	100,00	100,00	6,7	6,7	12	100,00	0	0%	100%	*	6,7	6,7	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivibili direttamente agli operatori, l'obiettivo si ritiene raggiunto. Questo tenuto anche conto della pubblicazione del nuovo regolamento di accreditamento 79/R del 2016 che ha abrogato il vecchio regolamento 61/R del 2016 e delle modifiche organizzative intervenute in tutti gli ex ambiti territoriali confluiti nell'azienda di nuova istituzione AUSL TNO, e quindi possiamo ritenere l'anno 2016 come un anno di preparazione al recepimento delle nuove indicazioni e alla predisposizione del nuovo Piano qualità e sicurezza delle cure approvato con delibera 797 in data 10 agosto 2017.											cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02a		> N.	0,00	90,00	6,7	6,7	12	81,54	-8	-9%	91%	*	6,0	6,0	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 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO											cts

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
106_CD18	<b>U.O.C. PROGRAMMAZIONE</b>	Totale pesi		99,4	99,4
PRA	<b>SANITARIA AZIENDALE (106)</b>	100,0	100,0		

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

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