

Schede di monitoraggio budget ASL Toscana Nord Ovest - anno 2016

ZD3

ZONA DISTRETTO LUCCA

Responsabile: Luigi Rossi

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.

ZD3

ZONA DISTRETTO LUCCA

Responsabile:

Macrostruttura

ZD3 ZONA DISTRETTO LUCCA

Luigi Rossi

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

1 - Obiettivi MeS

39,0

27,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

15,9

11,3

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1	> %	65,82	70,00	0,5	12	71,57	2	2%	100%		*	0,5	M
		Percentuale di prime visite specialistiche erogate entro 15 gg nell'Ausl di residenza	sui tempi di attesa occorre analizzare dati di monitoraggio per singole discipline; dare obiettivi su prime visite in criticità.												
			Assume il valore dell'indicatore B20C.1												
		B20b.1.2	> %	55,46	55,46	0,5	12	66,30	11	20%	100%		*	0,5	M
		Percentuale di prestazioni diagnostiche erogate entro 30 gg nell'Ausl di residenza	budget definito sul consuntivo 2015												
			Assume il valore dell'indicatore B20C.2												
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1	> N.	1,39	2,25	0,5	12	2,05	0	-9%	100%	3	*	0,5	M
		N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	consuntivo fonte MES; Monitoraggio fornito da Posteraro												
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
		B22.2	> N.	3,73	3,32	0,5	12	2,59	-1	-22%	30%	3	*	0,2	cts
		N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	consuntivo fonte MES; Monitoraggio fornito da Posteraro												
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1	> %.		66,63	0,5	12	29,61	-37	-56%	74%	3	*	0,4	
		% 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 aggiornato al 26_07_2017												
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1	> N.	74,59	80,00	0,5	12	74,00	-6	-8%	40%	4	*	0,2	
		% popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli	consuntivo da verificare												
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2	> %	6,59	11,51	0,5	12	6,83	-5	-41%	25%	2	*	0,1	M
		Percentuale di anziani in CD con valutazione	Gen-Ago 2015												
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
			corretto dato di monitoraggio												
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	93,25	95,39	0,5	12	89,83	-6	-6%	30%	3	*	0,2	cio
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	consuntivo da verificare												
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
		B5.2.2	> %.	54,75	60,00	0,5	12	59,90	0	0%	100%	4	*	0,5	M
		Adesione corretta dello screening cervice uterina	consuntivo da verificare, budget adeguato al decr 6377												
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
		B5.3.1	> %.	94,94	100,00	0,5	12	96,74	-3	-3%	75%	4	*	0,4	M
		Estensione corretta dello screening coloretale	consuntivo da verificare												
			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.3.2 Adesione corretta dello screening coloretale	> %.	41,13 consuntivo da verificare	70,00	0,5	12	41,47	-29	-41%	1%	1*	0,0	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
B7	Copertura vaccinale	B7.1 Copertura per vaccino MPR	> %.	87,51 consuntivo da verificare	95,00	0,5	12	86,14	-9	-9%	50%	vr 1*	0,3	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale	> N.	50,01 consuntivo da verificare	75,00	0,5	12	50,40	-25	-33%	50%	vr 1*	0,3	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.3 Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	> %.	76,89 consuntivo da verificare	80,00	0,5	12	73,50	-7	-8%	50%	vr 2*	0,3	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	10,57 consuntivo da verificare	25,00	0,5	12	10,60	-14	-58%	50%	vr 1*	0,3	M
Dato aggiornato al 26_07_2017														
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	> N.	91,07 consuntivo da verificare	95,00	0,5	12	91,84	-3	-3%	50%	vr 2*	0,3	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	> N.	94,14 consuntivo da verificare	95,00	0,5	12	91,18	-4	-4%	50%	vr 2*	0,3	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
		B7.7 Copertura per vaccino esavalente	> N.	95,12 consuntivo da verificare	95,00	0,5	12	93,51	-1	-2%	50%	vr 2*	0,3	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca														
Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni														
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	93,47 consuntivo da verificare	80,00	0,0	12					3*		cio
Dato aggiornato al 26_07_2017														
da considerare non valutabile per le zone distretto perchè valuta fes fed spa, sdo, ivg, cap - (mail MP 2017-09-20)														
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	> %.	100,00 consuntivo da verificare	98,50	5,3	12	99,38	1	1%	100%	5*	5,3	cio
Dato aggiornato al 26_07_2017														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B8	Gestione Dati	B8.4.10	> N.	84,46	90,00	0,5	12	69,04	-21	-23%	0%	0*	0,0	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,5	12	99,99	10	11%	100%		0,5	cio
		Qualità del flusso informativo SPA												
		fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 102												
		B8.4.3b	> N.			0,0	12							cio
		Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)												
		consuntivo da verificare												
		Dato aggiornato al 26_07_2017												
		Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes												
		B8.4.5	> N.			0,0	12							cio
		Coerenza prese in carico per tipo percorso con valutazione e schede di valutazione trasmesse AD RSA												
		consuntivo da verificare												
		Dati 2015 livello di calcolo zona Piana di Lucca -												
		Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes												
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						20,4								13,9
C	Valutazione sanitaria	C11a.1.1	< %.	78,03	111,80	0,0	12	60,68	-51	-46%	100%	5*	0,0	M
		Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
		C11a.2.1	< %.	9,55	9,00	0,0	12	10,64	2	18%	40%	4*	0,0	
		Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
		C11a.3.1	< %.	24,15	27,00	0,0	12	20,23	-7	-25%	100%	4*	0,0	M
		Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni), std per eta' e sesso												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
		C13.2.1	< %.	55,25	62,14	0,0	12	56,61	-6	-9%	100%	0*	0,0	
		Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti												
		Gen-Ago 2015												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
		C7.7R	< %.	4,94	8,00	0,5	12	5,15	-3	-36%	100%	3*	0,5	
		Tasso di ospedalizzazione in eta' pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario												
		obiettivo 2016: 2016>2015												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,82	120,00	0,5	12	126,60	7	6%	40%	4*	0,2	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												
		C5.1e	< N.	9,70	7,31	0,5	12	9,77	2	34%	30%	3*	0,2	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa												
		consuntivo da verificare												
		Dato aggiornato al 26_07_2017												
		C8b.2	< N.	0,43	0,54	0,5	12	0,57	0	6%	20%	2*	0,1	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti												
		Come da DGRT208/2016: non superiore a valore 2015												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	74,30	77,80	0,5	12	64,22	-14	-17%	30%	3*	0,2	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare											
		C11a.1.2b	> %.	68,19	68,40	0,5	12	55,11	-13	-19%	30%	3*	0,2	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare											
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	48,00	69,20	0,5	12	48,97	-20	-29%	5%	1*	0,0	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare											
		C11a.1.4	> %	52,20	65,30	0,5	12	53,89	-11	-17%	33%	2*	0,2	M
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare											
		C11a.2.2	> %.	56,98	69,90	0,5	12	57,49	-12	-18%	24%	2*	0,1	M cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare											
	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.2.3	>	37,39	46,50	0,0	12	20,47	-26	-56%	0%	1*	0,0	
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	consuntivo da verificare											
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1	> %	62,70	70,90	0,5	12	65,05	-6	-8%	59%	3*	0,3	M
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare											
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	681,09	583,73	0,5	12	670,35	87	15%	11%	0*	0,1	M
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	Gen-Ago 2015											
		C13.2.2.1	< %.	30,26	17,27	0,5	12	18,46	1	7%	100%	3*	0,5	M
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	Gen-Ago 2015											
		C13.2.2.2	< %.	9,11	7,62	0,5	12	9,22	2	21%	0%	1*	0,0	
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	consuntivo da verificare											
		C13.2.2.4	< N.	4.378,85	3.258,00	0,0	12	3.972,77	715	22%	36%		0,0	M
		Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											
		C13.2.2.5	< N.	11,41	14,96	0,0	12							
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											
		C13.2.2.7	< N.	6,33	4,83	0,0	12							
		Tasso std di prestazioni TC a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	consuntivo da verificare											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

ZONA DISTRETTO LUCCA

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

Valutazione

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C7	Materno Infantile	C7.17 % primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	> %.	38,04	38,04	0,5	12	56,99	19	50%	100%	3 *	0,5	M	
obiettivo 2016: 2016>2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca dato aggiornato fonte mes ottobre															
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	29,73	29,73	0,5	12	37,82	8	27%	100%	1 *	0,5	M	cio
obiettivo 2016: 2016>2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca dato aggiornato fonte mes ottobre															
		C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	> %.	8,74	8,74	0,5	12	7,52	-1	-14%	0%	0 *	0,0		cio
obiettivo 2016: 2016>2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca Dato Mes aggiornato ad Ottobre 2017															
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	> %.	52,03	48,62	0,5	12	57,67	9	19%	100%	3 *	0,5	M	cio cts
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca															
		C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< %	7,24	4,40	0,5	12	4,00	0	-9%	100%	2 *	0,5	M	
consuntivo da verificare Dato aggiornato al 26_07_2017															
		C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< %	6,80	4,29	0,5	12	9,27	5	116%	0%	0 *	0,0		
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca															
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.	0,00	3,00	5,0	12	2,55	0	-15%	85%		4,3	M	
da definire preconsuntivo e budget il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica															

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,7

2,7

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	7,62	6,77	0,0	12					0 *			cio cts
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	2,7	12	796,00	-3	0%	100%		2,7	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															

2 - Obiettivi ECONOMICI

14,0

10,4

2 - Obiettivi ECONOMICI	14,0	10,4
-------------------------	------	------

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	4.880.812,08	4.832.003,96	6,2	12	2.925.058,30	-1.906.946	-39%	100%	3 *	6,2	M	cio
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 / aggior															
aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	1,6	12	31,31	-54	-63%	67%	3 *	1,0		cio
almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %															
dato calcolato a livello di Ausl NO															
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	0,00	0,00	0,0	12								
da definire preconsuntivo e budget															
valutazione del 2017-11-05: obiettivo annullato															
		Euro03 Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)	< N.	106.440.738,8 5	105.376.331,46	6,2	12	116.699.591,96	11.323.260	11%	50%	vr	3,1		
il budget è pari al 2015 - 1% - La verifica del rispetto del budget è stata fatta a livello complessivo aziendale sui conti relativi alle ZONE DISTRETTO. La valutazione tiene conto del fatto che pur non avendo rispettato complessivamente l'obiettivo (dati															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	1,2	12	27,78	-62	-69%	31%		*	0,4		
da aggiornare pre-consuntivo															
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di ZONA DISTRETTO LUCCA Totale															
		RT12 Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG	> si/no	0,00	1,00	0,0	12								
obiettivo Non Valutabile: a viareggio e pisa alcuni medici prenotano già, lo strumento è predisposto manca accordo MMG															
		RT13 Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	> si/no	1,00	1,00	0,2	12	1,00	0	0%	100%		*	0,2	
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															
		RT14 Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	> si/no		1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5	
tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%. Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)															
		RT15 Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0	> si/no	1,00	1,00	0,0	12						*		
ok tutta la preparazione (valutazione coordinatore CUP del 2017-10-05)															
N.V. l'obiettivo è stato rinviato al 2017															

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT16	> si/no	1,00	1,00	0,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,2	
Percorso Superamento OPG: presa in carico dei pazienti di propria competenza ed attivazione del relativo progetto personalizzato (da valutare positivamente il limitato ricorso alle REMS e la predisposizione di percorsi alternativi)														
percorso attivato														
		RT17	> si/no	1,00	1,00	0,2	12	1,00	0	0%	100%	*	0,2	
Attuazione della Libera scelta in RSA														
Le zone hanno iniziato un lavoro propedeutico all'attivazione della DRG 995 del 2016, per la messa a regime nel 2017														
		RT4	> si/no		35,29	0,0	12	29,61	-6	-16%	84%	*	0,0	
Rinnovo Tessere Sanitarie che vanno in scadenza da verbale RT all'incontro del 18 novembre														
assume valore dell'indicatore B24.1 del Mes, Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attive														
obiettivo annullato: assume valore dell'indicatore B24.1 del Mes, Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attive														
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale														
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27														
4 - Ob Az: CDG														
P29O06	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	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
4 - Ob Az: CONSULTORIO														
P31O02	Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009	i-P31O02	> SI/N O	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,2	M
1) Implementazione buona pratica sul puerperio														
2) definizione di documento organizzativo di struttura														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo e documenti specifici per singole zone. Mancano i documenti specifici di alcune zone														
P31O03	Stabilire il "livello di servizi consultoriali di base" da garantire in tutta l'Azienda.	i-P31O03	> SI/N O	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
1) definizione degli standard di offerta (entro giugno)														
2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento complessivo														
P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04	> SI/N O	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,2	M
1) incontri informativi/formativi specifici sull'immissione dati (1 entro giugno con res. Funzionali / 2 per ogni struttura funzionale con gli operatori entro dicembre)														
2) definizione del CRUSCOTTO (entro settembre)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Cruscotto definito. Gli incontri risultano svolti solo in alcune zone														
P31O05	Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (percorso nascita), prevedendo percorsi di integrazione con Ospedale (soprattutto per le zone dove non è presente un punto nascita)	i-P31O05	> SI/N O	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,2	M
Attestazione sui requisiti minimi ed almeno una azione di miglioramento per zona														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta materiale relativo alla definizione del progetto di implementazione														

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P31O06	<u>Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)</u>	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	* 0,2	M	cio
1) definizione delle azioni di miglioramento del percorso con cronoprogramma (entro aprile) e sviluppo per le Zone in cui la BP è già stata attivata (entro dicembre) 2) per le altre progetto di riorganizzazione (entro giugno) e attivazione (entro dicembre)															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto															
P31O07	<u>Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale</u>	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*		cio
Elaborazione percorso da parte dell'Anatomia Patologica in collaborazione con le Zone ed il Dip.to Oncologico e invio alla Direzione															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Si propone non valutabile, obiettivo riproposto per il 2017															

4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA

P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01	> SI/N O	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,5	M
Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Relazione complessiva Maranto, coordinata con DSM														

4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

P17002	<u>Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende</u>	i-P17O02	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M	
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'indicatore rimanda agli ind MeS. Il Dipartimento ha inviato una proposta su modello org.vo di gestione del pz con piede diabetico												
			Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete												

4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

P27O01	<u>Sviluppare un Modello aziendale di PICC team</u>	i-P27O01	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	*	0,2	M	cio
		Definizione di progetto entro 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?												
P27O02	<u>Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT</u>	i-P27O02	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,5	M	cio
		Stesura della bozza di protocollo entro 31/12		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
P27O03	<u>Definizione e mappatra delle strutture di cure intermedie attuali e proposta di definizione di standard di posti letto e procedure per Zona Distretto</u>	i-P27O03	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,5	M	
		Definire mappatura entro 30/04; Dfinire standard entro 31/12		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												
P27O04	<u>ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio</u>	i-P27O04	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	*	0,2	M	
		Stesura del progetto entro 31/12		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Fatto per le cure palliative con il Meyer. Nessuna evidenza documento												
P27O05	<u>Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")</u>	i-P27O05	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	*	0,5	M	cio
		Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P27O06	Omogeneizzare la gestione dei Farmaci in fascia H	i-P27O06 Stesura protocollo entro 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza. Il documento non è ancora pronto														
P27O08	Definire una scheda Assistenza domiciliare unica integrata	i-P27O08 Definire una scheda entro 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	0,80	0	-20%	80%	*	0,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Pervenuta la bozza della scheda della Lunigiana. Scheda definitiva? condivisa con i MMG?														
P27O12	Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)	i-P27O12 Definire dotazione entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato														
4 - Ob Az: MMG						2,4								2,2
P29O01	Confrontare gli Accordi Integrativi con i MMG attraverso una tavola sinottica per strutturare successivamente una proposta operativa con i MMG entro il 30 aprile 2016 (compresa estensione CUP presso MMG)	i-P29O01 Predisporre una tavola sinottica e una proposta (entro aprile)	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P29O02	MMG: Definire un cruscotto per il monitoraggio degli obiettivi delle AFT	i-P29O02 Predisporre una proposta (entro aprile)	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P29O03	Stabilire dotazioni orarie standard di specialisti per i percorsi della cronicità confrontandosi con gli specialisti dell'Area medica	i-P29O03 Stabilire dotazioni standard di specialisti per i percorsi della cronicità utilizzando anche gli specialisti dell'Area medica.: Predisporre una proposta (entro dicembre)	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
Obiettivo annullato:Lavori non completati a causa della ritardata applicazione da parte della Regione Toscana del nuovo modello di Sanità d'iniziativa di cui alla DGRT 650 del 7-7-2016														
P29O04	Standardizzazione processo e contenuti per il Budget alle AFT	i-P29O04 Predisporre una proposta (entro aprile)	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P29O05	Sperimentazione H16 in Piana di Lucca (si estende con nuovo AIA?)	i-P29O05 Verifica possibilità di estensione: studio entro _____ da definire termine	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / non valutabile per mancanza di accordo ACN nazionale														
P29O07	Raggiungere i LEA sull'e-prescription (compreso dematerializzazione)	i-P29O07 Raggiungere i LEA sull'e -prescription (compreso dematerializzazione): raggiungere l'obiettivo regionale	> %	0,00	1,00	0,5	12	0,70	0	-30%	70%	*	0,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / B24b.1 Bersaglio MeS: Percentuale ricette dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati 61,64 % (valore ATNO: non disponibile valore singola zona)														
P29O09	Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT	i-P29O09 Definizione di un progetto condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
Obiettivo annullato:Lavori non completati a causa della ritardata applicazione da parte della Regione Toscana del nuovo modello di Sanità d'iniziativa di cui alla DGRT 650 del 7-7-2016														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P29O10	MMG: Accordo con Farmaceutica e Convenzioni uniche per gestione comitato aziendale	i-P29O10	> si/no	0,00	1,00	0,0	12										
		Sperimentazione presso le sedi che lo consentono (es: case della salute)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													
		Obiettivo annullato:Non attuato, per perdurante mancanza di Accordo regionale con la Continuità Assistenziale															
P29O11	MMG: avvio di un percorso di sperimentazione della continuità assistenziale per la presa in carico del paziente (ad esempio: per vaccinazione meningococco)	i-P29O11	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%			0,5		M	
		elaborazione percorsi e attivazione di almeno 4 incontri fra le discipline mediche e i coordinatori di AFT		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / in coerenza con quanto valutato all'area medica ind. i-P13O04													
P29O12	MMG: definire con l'area medica di riferimento i percorsi di gestione della riacutizzazione delle cronicità (es: prevedere attivazione day service)	i-P29O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	12										
		Definizione accordo entro il ...		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / non valutabile													
4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA						3,8											3,5
P26O01	Effettuare la ricognizione delle modalità di esercizio (vuoto per pieno, scadenza contratti ecc...) delle RSA a Gestione Diretta in RSA ,ecc.con l'obiettivo di passare all' appalto in concessione.	i-P26O01	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%			0,5		M	
		a) Verificare le RSA con contratti in scadenza: invio elenco entro 11 31.03 a coordinatori del gruppo di lavoro e strutture acquisti e pc alla direzione aziendale;b) Individuare la struttura di riferimento per la richiesta delle informazioni, per la pred		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													
P26O02	Censire le RSA in convenzione e, relativamente alle convenzioni in scadenza al 31.12.2015 prorogare le stesse per 6 mesi per prepararsi al passaggio ai titoli di acquisto (vedi DGR 398/2015)	i-P26O02	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%			0,5		M	
		Verifica delle rsa in convenzione : invio elenco entro 11 31.03 a coordinatori del gruppo di lavoro e pc alla direzione aziendale. Per le strutture in scadenza prorogare gli accordi per 6 mesi		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													
P26O03	Adottare lo schema tipo di convenzione quando sarà approvato dalla RT	i-P26O03	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%			0,5		M	
		Adottare schema tipo di ACCORDO che regolamenta i rapporti (definire data)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Adottato libera scelta													
P26O04	Correlare l'offerta dei Posti Letto con i tempi di attesa nelle RSA in convenzione tenendo presente il diritto di scelta del cittadino, il tasso di occupazione, il turn over PL e l'offerta di servizi domiciliari alternativi (es. badanti)	i-P26O04	> %	0,00	1,00	0,5	12	0,30	-1	-70%	30%			0,1		M	
		Integrare il documento Misurazione del TURN OVER per posto letto in ogni RSA entro aprile		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato risponde parzialmente all'obiettivo													
P26O05	UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O05	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%			0,5		M	
		Proposta del protocollo entro settembre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017													
P26O06	Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.	i-P26O06	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%			0,5		M	
		Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													

P26O07	<u>Rivalutare l'offerta del modulo motorio in base alla delibera che prevede la gratuità dei primi 15 gg post frattura di femore e valutare la possibilità di implementare PL nelle Cure Intermedie in sostituzione dei PL ex art. 26 nei</u>	i-P26O07 Presentazione proposta condivisa con Riabilitazione entro giugno	>	%	0,00	1,00	0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'obiettivo è stato posticipato al 2017																
L'obiettivo è stato posticipato al 2017																
P26O08	<u>Assicurare la distribuzione diretta dei farmaci in tutte le RSA comprese le private convenzionate</u>	i-P26O08 Distribuzione diretta dei farmaci in tutte le RSA comprese le private convenzionate entro giugno	>	%	0,00	80,00	0,5	12	88,00	8	10%	100%		*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verificare da CdG/farmacia																
P26O09	<u>PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</u>	i-P26O09 Formazione commissione entro settembre per tutti i Distretti	>	%			0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo riproposto nel 2017																
Obiettivo rinviato al 2017 in relazione alla tempistica adottata da Regione Toscana.																
P26O09a	<u>Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione;Analizzare il passaggio al</u>	i-P26O09a Elaborazione documento entro il ...	>	%	0,00	1,00	0,0	12						*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
Si rinvia al 2017 d'accordo con la Direzione. Si intende ripartire dalla rilevazione effettuata dal Mes, integrando con nostre rilevazioni																
P26O10	<u>NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi</u>	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	>	%	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / proposta nella riunione del dipartimento delle professioni																

4 - Ob Az: PREVENZIONE

0,5

0,5

PPR-90	PPR:Assicurare il coordinamento del tavolo di prevenzione garantendo i collegamenti con le zone	i-PPR90	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
		1) Monitoraggio degli indicatori sentinella; 2) rispetto degli standard per i progetti di competenza		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Monitoraggio effettuato (0,5 punti) Raggiungimento std valutato su report regionale										

4 - Ob Az: RIABILITAZIONE

4,8

4,5

P32O01	AREA AMMINISTRATIVA: Mappare i trasporti per la riabilitazione per verificare i costi e l'appropriatezza prescrittiva	i-P32O01 Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro aprile 2016)	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Sono stati dettagliati e diffusi i criteri di appropriatezza															
P32O01a	Presentare una proposta di regolamento unico per i trasporti sanitari per riabilitazione	i-P32O01a Riduzione della spesa per trasporti sanitari per riabilitazione (differenziare per singole Zone)	> %	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5	M
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
P32O04	Presentare una proposta per la rimodulazione dell'offerta dell'area ex ASL 6 con l'obiettivo di analizzare l'erogato e i tempi di attesa e ridisegnare l'offerta del percorso2 e dell'ex art 26 al fine di ottenere una maggiore appropriatezza dei percorsi	i-P32O04 1)Mappatura dell'offerta e dell'erogato (entro 30/6/2016) 2)Definizione di una proposta di rimodulazione dell'offerta che tenga conto anche di una riequilibrio dell'offerta tra MDC 1 e MDC 8 (entro 31/12/2016)	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5	M
Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P32O08	<u>Definire un modello unico ed omogeneo per la gestione delle attività in convenzione (in particolare per i grandi produttori privati, sia codice 75, che 56 che ex art. 26), strutturando le regole per l'accesso (gruppo di lavoro ad hoc) per</u>	i-P32O08 Documento aziendale entro aprile	> si/no Dip. Riabilitazione	0,00 1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	* 0,2	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Doc è limitato al rapporto con il Don Gnocchi
P32O09	<u>RIABILITAZIONE: Rimodulare l'offerta di ricoveri in Day Hospital e spostare le esigenze di percorso diagnostico sul Day Service</u>	i-P32O09 Numero di ricoveri in D.H. senza ricovero ordinario nei precedenti 10 giorni.	> N.	0,00 1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / CdG: per i residenti toscani per l'anno 2016 i ricoveri DH codice 56 sono stati 99 e quelli che non hanno avuto un ricovero ordinario nei 10 giorni precedenti sono 64. Per il 2015 i ricoveri DH totali 278, quelli che no
P32O10	<u>Presentare una proposta di riorganizzazione della gestione in lungoassistenza dei pazienti in ventilazione meccanica e degli stati vegetativi persistenti</u>	i-P32O10 Formulare una proposta di procedura condivisa attraverso la quantificazione del bisogno e dei possibili erogatori (entro 31/12/ 2016)	> si/no Dip. Riabilitazione e Zone Distretto	0,00 1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P32O11	<u>Sviluppare le potenzialità anche a fini riabilitativi del Modulo 2 RSA, più economico del posto letto di Cure intermedie (105 vs 120 euro) ed estendibile fino a 60 giorni (i primi 15 giorni pagati dal sanitario)</u>	i-P32O11 Numero di utenti di RSA mod 2	> N. da definire obiettivo	0,00 1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P32O12	<u>Visite fisiatriche domiciliari: presentare una proposta per omogeneizzare il modello (in orario di lavoro). Modalità unica di gestione delle riabilitazione domiciliare</u>	i-P32O12 Presentare una regolamentazione dell'appropriatezza delle visite fisiatriche domiciliari condivisa con i MMG(entro giugno 2016)	> si/no Dip. Riabilitazione	0,00 1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P32O13	<u>Presentare una proposta di regolamento unico per la protesica (in linea con Tavolo regionale)</u>	i-P32O13 Condividere e formalizzare un regolamento unico che porti alla riduzione della spesa (entro giugno 2016)	> si/no Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto	0,00 1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M	cio cts Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato
P32O13a		i-P32O13a Riduzione della spesa protesica (differenziare per singole Zone)	> % Dip. Riabilitazione, Dip. Professioni, Zone Distretto	0,00 1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M	cio cts Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
P32O14	<u>Definire un protocollo di raccordo tra Continuità Riabilitativa e Continuità Assistenziale per gestire in modo appropriato ed efficace la transizione tra percorso riabilitativo e percorso assistenziale</u>	i-P32O14 Protocollo (entro Dicembre 2016)	> si/no da definire 2015 e budget (> di quelle del 2015)	5,00 1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M	cio cts Verifica aggiornata al 2017-08-25 /
4 - Ob Az: SALUTE MENTALE					2,9							2,3		
P24O01	<u>Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione</u>	i-P24O01a Recepimento della DGRT 1080 del 2009 (entro il 31/12/2016)	> si/no Otorino AQUP indicazioni di intervento di tonsillectomia	0,00 1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M	Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P24O02	<u>SMA Ridefinizione della rete delle strutture residenziali</u>	i-P24O02 Documento riferito agli adulti, contenente:1) censimento delle strutture residenziali;2) attribuzione in base alla classificazione regionale;3) valutazione della domanda complessiva 4) valutazione economica: costi per singola struttura e compartecipazioni	> si/no Direttori DP, Professioni sanitarie ADULTI	0,00	1,00	0,5	12	0,80	0	-20%	80%	0,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo riproposto anche per il 2017: nel censimento mancano gli psichiatri in RSA ed ex art. 26, nonché le strutture residenziali non gestite direttamente dall'azienda													
P24O03	<u>SMA Organizzare un percorso con SPDC per la dimissione protetta</u>	i-P24O03 Definizione di un documento aziendale che vada a mappare le opportunità dei percorsi per la dimissione protetta da SPDC con diversa gradualità di offerta, al fine di preparare una procedura di gestione del percorso	> si/no ADULTI	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento con mappatura													
P24O04a	<u>SMA Psichiatria di iniziativa - Realizzazione dell'effettiva presa in carico entro 7 giorni</u>	i-P24O04a Indicatore MES C15.2	> % ADULTI e MINORI	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati Bersaglio MeS: C15.2 è migliorato da 41 a 50 a livello di ATNO. Quasi tutte le zone sono migliorate. Le zone che sono calate hanno comunque un valore in linea con il dato regionale													
P24O05	<u>SMA Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione</u>	i-P24O05 Almeno 1 incontri periodici con le AFT	> N. Dip. Farmaco ADULTI	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / mancano le evidenze degli incontri													
		i-P24O05a 2 incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco	> N. Dip. Farmaco ADULTI	0,00	1,00	0,5	12	0,00	-1	-100%	0%	0,0	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / mancano le evidenze degli incontri													
4 - Ob Az: SERT						1,9							
P25O01	<u>Riorganizzare la rete dell'offerta sulla Residenzialità e Semiresidenzialità sulla base della DGRT 1165/2002 e successivi aggiornamenti</u>	i-P25O01 Documento sulla Residenzialità: 1) numero utenti inseriti;2) mappatura strutture aziendali (gestione diretta o in appalto) numero di pl, tasso di occupazione, tipologia di appalto e strutture convenzionate 3) Mappatura delle strutture semiresidenziali	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / ok													
P25O02	<u>Uniformare procedura e piani terapeutici che i SERT sono tenuti a predisporre per consentire ai MMG la prescrizione di medicinali utilizzati per la dipendenza da oppiacei (art. 43 DPR 309/90)</u>	i-P25O02 Produzione documento in collaborazione con Farmaceutica	> si/no MMG	0,00	1,00	0,0	12						
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo ridefinito per 2017 - il percorso di condivisione con i MMG è in corso													
P25O03	<u>Sviluppare proposte di interventi di prevenzione in accordo con MMG e Sanità d'Iniziativa</u>	i-P25O03 Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG	> N. Educazione salute - Dip Prevenzione	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													
P25O04	<u>Condivisione procedure e buone pratiche</u>	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no SMIA e SMA	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / riproposto nel 2017 in quanto la procedura prevedeva supporti informatici su cartella HTH													

P25O05	<u>Appropriatezza inserimento in strutture (Tasso inserimento in struttura: n° utenti in struttura / n°</u>	i-P25O05	> si/no	0,00	1,00	0.5	12	1,00	0	0%	100%	*	0.5	M
		Ricognizione dati di spesa												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

P25O05a	i-P25O05a	> si/no	0,00	1,00	0,0	12								
Definizione documento per uniformare il procedimento autorizzativo di inserimento e di autorizzazione di liquidazione delle fatture entro il 30/06														
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / non valutabile in considerazione della revisione degli appalti												

non valutabile in considerazione della revisione degli appalti

4 - Ob Az: SMA / SMIA													1,0	0,9
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------

P24O01	Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione	i-P24O01	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
		Procedura per la gestione dell'urgenza condivisa tra												
		IPN,MS , DP., stella Maris ADULTI e MINORI												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento su ASO e TSO												

P24O06	SMA e SMIA Condivisione procedure e buone pratiche	i-P24O06	> si/no	0,00	1,00	0.5	12	0.80	0	-20%	80%	*	0.4	M
		Procedura condivisa sulle modalità di passaggio del pz da UF SMIA a UF SMA entro il 30/09												
		ADULTI e MINORI	Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nel passaggio alla SMA il canale si sdoppia e deve coinvolgere anche la riabilitazione. Da condividere con riabilitazione per il 2017											

4 - Ob Az: SMIA													1,9	1,7
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------

P24O02a	SALUTE MENTALE: SMIA Ridefinizione della rete delle strutture semiresidenziali	i-P24O02a	> si/no	0,00	1,00	0.5	12	1,00	0	0%	100%	*	0.5	M
		Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta												
		Direttori DP , Professioni sanitarie MINORI												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

P24O04	<u>SALUTE MENTALE: SMIA protocollo condiviso di presa in carico nel post ricovero per le emergenze</u>	i-P24O04	> si/no	0,00	1,00	0.5	12	1,00	0	0%	100%	*	0.5	M
		Definizione protocollo di presa in carico entro 31/12												
		ADULTI e MINORI												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

P30O02	SMIA: Predisporre (da parte dei professionisti) un vademecum con la definizione di diritti e doveri verso le scuole per la presa in carico di bambini con disturbi del comportamento.	i-P30O02	> SI/N O	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
		1) definizione degli ambiti (entro aprile) e mappatura degli accordi di programma (entro giugno) 2) documento sulle prassi condivise (entro dicembre)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										

P30O03	Acquisire le migliori pratiche su: a) passaggio da SMIA a SMA; b) passaggio da SMIA a Riabilitazione	i-P30O03	> SI/N O	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,2	M
		1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre)												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' presente la mappatura, non risulta la definizione della buona pratica												

4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE													2,9	2,5
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------

P28O01	Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni	i-P28O01	> si/no	0,00	1,00	0.5	12	1,00	0	0%	100%	*	0.5	M
		Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

P28O02	<u>In base ai requisiti (normativa) dei Presidi territoriali procedere alla classificazione su tre livelli, proporre uno standard in base alla popolazione residente e valutare proposte di redistribuzione</u>	i-P28O02	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
		Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 giugno												
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /												

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P28O03	Proseguire nei progetti di case della salute	i-P28O03 Elaborazione di uno schema progettuale entro il 30 giugno	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P28O04	Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto	i-P28O04 Elaborazione progetto specifico entro il 30 Giugno	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	0,80	0	-20%	80%	*	0,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / progetto in bozza														
P28O05	Mappare gli elettrocardiografi predisposti per la telerefertazione	i-P28O05 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 Aprile	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,2	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Invio schede tecniche cardiografi														
P28O06	Sviluppare il quadro conoscitivo della presenza dei MMG nelle case della salute	i-P28O06 Presenza oraria/eventuali compensi aggiuntivi/partecipazione costi. Entro 31/03	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%	*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

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	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	cio cts
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 ascrivili														
		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	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	cio cts
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 ascrivili														
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	5,8	12	3,00	0	0%	100%	*	5,8	cio cts
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 - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 30/06/2017 (personale medico)														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M cio cts
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														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2	cio 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) risp														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

ZD3

ZONA DISTRETTO LUCCA

Totale pesi

100,0

80,5

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)

ZD3LU

ZONE DISTRETTO LUCCA

Responsabile:

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

102 210047

U.F. TOSSICODIPENDENZE E SALUTE PENITENZIARIA (102)

DINO LOMBARDI

GABRIELLA LUCCHESI

1 - Obiettivi MeS

13,0

12,5

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

6,1

5,8

B7	Copertura vaccinale	B7.4	> N.	9,04	25,00	0,5	12	11,20	-14	-55%	50%	vr	1	0,2	M	cio
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	consuntivo da verificare				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts
							Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale.Come riporta ISS in italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni									
B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	5,6	12	99,38	1	1%	100%		5	5,6		cio
		Corretta identificazione del cittadino	/ 98,5				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									cts
		(SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)														

1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

4,1

3,8

C6c	Rischio Clinico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		</
-----	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

2,8

2,8

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza	/ 6,36				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

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	2.8	12	796,00	-3	0%	100%	*	2.8	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								

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	165.777,57	164.119,79	16,0	12	114.835,12	-49.285	-30%	100%	3	*	16,0	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)			aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)								cts	
<hr/>																	
		Euro01a-F12a.25.2	> %.		85,00	0,0	12	100,00	15	18%	100%	3	*	0,0		cio	
		% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD															
				almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %													
				DD nei SERT riguarda la quasi totalità dei pazienti													
<hr/>																	
		Euro02	< €.			0,0	12						*				
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI															
				/ da definire													
				valutazione del 2017-11-05: obiettivo annullato													

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	14,4	12	100,00	10	11%	100%	*	14,4	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO										% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.F. TOSSICODIPENDENZE E SALUTE PENITENZIARIA (102)	
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale											assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27	cio cts
PPR-07b	Diffusione di opuscoli informativi sui danni provocati dal consumo di tabacco e sui benefici della cessazione delle aree fragili	i-PPR07b	> N. / si	0,00	20,00	10,3	12	33,30	13	67%	100%	*	10,3	M
		n° luoghi di aggregazione della popolazione ultra 64enne delle aree fragili a cui sono stati inviati gli opuscoli (valore atteso: 20)												
													Fonte RT esiti ppr	
		i-PPR07c	> si/no / si	0,00	1,00	10,3	12	1,00	0	0%	100%	*	10,3	M
		Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 30/09												

4 - Ob Az: SERT

17,2 17,2

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P25O01	Riorganizzare la rete dell'offerta sulla Residenzialità e Semiresidenzialità sulla base della DGRT 1165/2002 e successivi aggiornamenti	i-P25O01 Documento sulla Residenzialità: 1) numero utenti inseriti2) mappatura strutture aziendali (gestione diretta o in appalto) numero di pl, tasso di occupazione, tipologia di appalto e strutture convenzionate 3) Mappatura delle strutture semiresidenziali	> si/no / si	0,00	1,00	5,7	12	1,00	0	0%	100%	*	5,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / ok														
P25O02	Uniformare procedura e piani terapeutici che i SERT sono tenuti a predisporre per consentire ai MMG la prescrizione di medicinali utilizzati per la dipendenza da oppiacei (art. 43 DPR 309/90)	i-P25O02 Produzione documento in collaborazione con Farmaceutica	> si/no coinvolgere la farmaceutica / si	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo ridefinito per 2017 - il percorso di condivisione con i MMG è in corso														
P25O04	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25O04 Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica	> si/no / si	0,00	1,00	5,7	12	1,00	0	0%	100%	*	5,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / riproposto nel 2017 in quanto la procedura prevedeva supporti informatici su cartella HTH														
P25O05	Appropriatezza inserimento in strutture (Tasso inserimento in struttura: n° utenti in struttura / n° utenti)	i-P25O05 Ricongnizione dati di spesa	> si/no / si	0,00	1,00	5,7	12	1,00	0	0%	100%	*	5,7	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P25O05a		i-P25O05a Definizione documento per uniformare il procedimento autorizzativo di inserimento e di autorizzazione di liquidazione delle fatture entro il 30/06	> si/no / si	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / non valutabile in considerazione della revisione degli appalti														

non valutabile in considerazione della revisione degli appalti

5 - Obiettivi QUALITA'

16,0

16,0

5 - Obiettivi QUALITA'

16,0

16,0

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).	> %. / si	70,00	70,00	3,6	12	70,00	0	0%	100%	*	3,6	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 ascrivili														
		Q01a GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	> %. / si	100,00	100,00	3,6	12	100,00	0	0%	100%	*	3,6	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 ascrivili														
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 riunioni verbalizzate		3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0	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														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0	cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si										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) risp											
		Q04	> %	60,00	3,0	12	60,00	0	0%	100%	*	3,0	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 azi													

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

102_21004
7

**U.F. TOSSICODIPENDENZE E
SALUTE PENITENZIARIA (102)**

Totale pesì 100,0

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)

UO/UF

102 210049

UF SALUTE MENTALE ADULTI ZONA PDL (102)

ROBERTO SARLO

STEFANIA PINUCCI

1 - Obiettivi MeS

35,0

32,9

1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI

13,8

13,8

[illegible]

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C8a.13a	< %	6,80	4,69	1,4	12	9,27	5	98%	0%	0*	0.0
		Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	/ 3,8114084507	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca									

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza	/ 6,36											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	6,9	12	796,00	-3	0%	100%	*	6,9	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere											cio
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														

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	69.288,61	68.595,72	13,8	12	65.398,95	-3.197	-5%	100%	3	*	13,8	M	cio
aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)																

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	7,3	12	8,33	-82	-91%	9%		*	0,7	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO	% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di UF SALUTE MENTALE ADULTI ZONA PDL (102)										
		RT16	> si/no / si	0,00 1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%		*	1,5	M
		Percorso Superamento OPG: presa in carico dei pazienti di propria competenza ed attivazione del relativo progetto personalizzato (da valutare positivamente il limitato ricorso alle REMS e la predisposizione di percorsi alternativi)												

percorso attivato

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B3a	<u>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</u>	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	1,5	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale												cts	
		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27													
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	1,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	1,5		cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale												cts	
VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY															

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

2,9

2,9

P26O10	<u>NON AUTOSUFFICIENZA:Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazi</u>	i-P26O10	> % / si	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	M	cio
		Proposta del protocollo entro il 30/09													
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

4 - Ob Az: SALUTE MENTALE

14,6

11,1

P24O01	Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione	i-P24O01a Recepimento della DGRT 1080 del 2009 (entro il 31/12/2016)	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,9	M
			Otorino AOUP indicazioni di intervento di tonsillectomia											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											
P24O02	SMA Ridefinizione della rete delle strutture residenziali	i-P24O02 Documento riferito agli adulti, contenente:1) censimento delle strutture residenziali;2) attribuzione in base alla classificazione regionale3) valutazione della domanda complessiva 4) valutazione economica: costi per singola struttura e compartecipazi	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	0,80	0	-20%	80%	<input type="checkbox"/>	2,3	M
			Direttori DP , Professioni sanitarie ADULTI											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo riproposto anche per il 2017: nel censimento mancano gli psichiatri in RSA ed ex art. 26, nonché le strutture residenziali non gestite direttamente dall'azienda											
P24O03	SMA Organizzare un percorso con SPDC per la dimissione protetta	i-P24O03 Definizione di un documento aziendale che vada a mappare le opportunità dei percorsi per la dimissione protetta da SPDC con diversa gradualità di offerta, al fine di preparare una procedura di gestione del percorso	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,9	M
			ADULTI											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento con mappatura											
P24O04a	SMA Psichiatria di iniziativa - Realizzazione dell'effettiva presa in carico entro 7 giorni	i-P24O04a Indicatore MES C15.2	> %	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
			ADULTI e MINORI											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati Bersaglio MeS: C15.2 è migliorato da 41 a 50 a livello di ATNO. Quasi tutte le zone sono migliorate. Le zone che sono calate hanno comunque un valore in linea con il dato regionale											
P24O05	SMA Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione	i-P24O05 Almeno 1 incontri periodici con le AFT	> N.	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,9	M
			Dip. Farmaco ADULTI											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / mancano le evidenze degli incontri											
		i-P24O05a 2 incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco	> N.	0,00	1,00	2,9	12	0,00	-1	-100%	0%	<input type="checkbox"/>	0,0	
			Dip. Farmaco ADULTI											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / mancano le evidenze degli incontri											

4 - Ob Az: SMA / SMIA

5,8

5,2

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

P24O01	Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione	i-P24O01	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	1,00	0	0%	100%	*	2,9	M
			Procedura per la gestione dell'urgenza condivisa tra UFSMA, UFSMA e Pediatria per il minore/adolescente che accede al Presidio Ospedaliero entro il 31/12		IPN,MS , DP., stella Maris ADULTI e MINORI		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento su ASO e TSO							
P24O06	SMA e SMIA Condivisione procedure e buone pratiche	i-P24O06	> si/no	0,00	1,00	2,9	12	0,80	0	-20%	80%	*	2,3	M
			Procedura condivisa sulle modalità di passaggio del pz da UF SMIA a UF SMA entro il 30/09		ADULTI e MINORI		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nel passaggio alla SMA il canale si sdoppia e deve coinvolgere anche la riabilitazione. Da condividere con riabilitazione per il 2017							

5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA' **15,0** **14,7**

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,5	12	70,00	0	0%	100%	*	2,5	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 ascrivili							cts		
			Q01a		> %.	100,00	100,00	2,5	12	100,00	0	0%	100%	*	2,5	cio
			GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		/ 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 ascrivili							cts		
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	2,5	12	2,00	-1	-33%	97%	3	*	2,4	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		
			Q02a		> N.	0,00	90,00	2,5	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,3	M
			CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)		/ 100		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		
			Q03		> %		100,00	2,5	12	100,00	0	0%	100%	*	2,5	cio
			COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta		controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / 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) risp							cts		
			Q04		> %		60,00	2,5	12	60,00	0	0%	100%	*	2,5	cio
			COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)		/ 60		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 azi							cts		

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

Consuntivo	Budget	*	Pesi	Mese	Consuntivo	Scost.	Scost.	
2015	2016				2016	%		<u>Valutazione</u>

<u>Pesi</u>				<u>Valutazione</u>	
<u>p1</u>	<u>P2</u>			<u>p1</u>	<u>P2</u>

102_21004
9

**UF SALUTE MENTALE ADULTI
ZONA PDL (102)**

Totale pesi 100,0

86,6

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_212061

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

MARCO FARNE'

LAURA UNTI

1 - Obiettivi MeS**35,0****25,1****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****16,9****12,4**

B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1	> %.	57,83	66,63	0,9	12	29,61	-37	-56%	30%	3 *	0,3	
		% Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	/ 67,9											<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i>
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1	> N.	74,59	80,00	0,9	12	74,00	-6	-8%	40%	4 *	0,4	
		% popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli	/ 80											<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2	> %	6,59	10,39	0,9	12	6,83	-4	-34%	26%	2 *	0,2	M
		Percentuale di anziani in CD con valutazione	/ 10,387437832											<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>
														<i>corretto dato di monitoraggio</i>
B7	Copertura vaccinale	B7.1	> %.	87,51	95,00	0,9	12	86,14	-9	-9%	50%	vr 1 *	0,4	cio
		Copertura per vaccino MPR	/ 95											<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>
														<i>Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale. Come riporta ISS in Italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni</i>
		B7.2	> N.	50,01	75,00	0,9	12	50,40	-25	-33%	50%	vr 1 *	0,4	M
		Copertura per vaccino antinfluenzale	/ 75											<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>
														<i>Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale. Come riporta ISS in Italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni</i>
		B7.4	> N.	9,04	25,00	0,9	12	11,20	-14	-55%	50%	vr 1 *	0,4	M
		Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	/ 25											<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO</i>
														<i>Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale. Come riporta ISS in Italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni</i>
		B7.5	> N.	91,07	95,00	0,9	12	91,84	-3	-3%	50%	vr 2 *	0,4	M
		Copertura per vaccino antimeningococcico	/ 95											<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>
														<i>Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale. Come riporta ISS in Italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni</i>
		B7.6	> N.	94,14	95,00	0,9	12	91,18	-4	-4%	50%	vr 2 *	0,4	M
		Copertura per vaccino antipneumococcico	/ 95											<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>
														<i>Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale. Come riporta ISS in Italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni</i>
		B7.7	> N.	95,12	95,00	0,9	12	93,51	-1	-2%	50%	vr 2 *	0,4	M
		Copertura per vaccino esavalente	/ 95											<i>dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca</i>
														<i>Riconosciuta una % proporzionata alla copertura effettiva raggiunta, che è superiore a quella nazionale. Come riporta ISS in Italia tutte le coperture vaccinali sono in calo per effetto della campagna antivaccinazioni</i>

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	12					3 *		cio
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES			\ Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO							cts
							da considerare non valutabile per le zone distretto perchè valuta fes fed spa, sdo, ivg, cap - (mail MP 2017-09-20)							
		B8.4.1	> %.	100,00	98,50	8,9	12	99,38	1	1%	100%	5 *	8,9	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	/ 98,5				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO							cts
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA						13,6								8,2
C1	Capacità di governo della domanda	C1.1	< N.	125,82	120,00	0,9	12	126,60	7	6%	40%	4 *	0,4	
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	/ 120				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
		C5.1e	< N.	9,00	7,65	0,9	12	9,77	2	28%	30%	3 *	0,3	
		Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	/ 7,6458002296				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo al presidio Osp. Lucca							
		C8b.2	< N.	0,43	0,54	0,9	12	0,57	0	6%	20%	2 *	0,2	cio
		Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	/ non superiore a valore 2015				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	74,30	77,80	0,9	12	64,22	-14	-17%	30%	3 *	0,3	cio
		% residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	/ 74,846364287				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
		C11a.1.2b	> %.	68,19	68,40	0,9	12	55,11	-13	-19%	30%	3 *	0,3	cio
		% residenti con Scopenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	/ 74,846364287				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	48,00	62,86	0,9	12	48,97	-14	-22%	7%	1 *	0,1	M
		% residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	/ 62,862127393				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
		C11a.1.4	> %	52,20	67,14	0,9	12	53,89	-13	-20%	31%	2 *	0,3	M
		% residenti con Scopenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	/ 67,138361066				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
		C11a.5.1	> %	62,70	71,07	0,9	12	65,05	-6	-8%	58%	3 *	0,5	M
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	/ 71,066318664				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,8	12	2,00	-1	-33%	73%	4 *	1,3	M
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	/ 3				dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. CURE PRIMARIE, INTERMEDIE E RESIDENZIALITA' PDL (102) - fascia relativa alla Ausl TNO							cts

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C6c	Rischio Clinico	C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N. / 6	3,24	6,00	2,1	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,1	M	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. CURE PRIMARIE, INTERMEDIE E RESIDENZIALITA' PDL (102) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.5.5 Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	> N. / 80	88,20	80,00	0,9	12	88,20	8	10%	100%	4 *	0,9		cio
I I I I Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	0,9	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,9		cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 1	83,33	100,00	0,9	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,9	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															

gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 102 sono 0 casi; (mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)

1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %. / 6,36	8,24	6,77	0,0	12					0 *			cio
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	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	4,5	12	796,00	-3	0%	100%		4,5	M	cio
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															

2 - Obiettivi ECONOMICI

2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €. / Min(valore 2014;valore 2015-1%) / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)	4.492.910,41	4.447.981,31	13,8	12	2.441.598,54	-2.006.383	-45%	100%	3 *	13,8	M	cio
aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)															
		Euro01a-F12a.25.2 % di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %. almeno al 85% dei pazienti dimessi da visita specialistica ai quali vengono rilasciate prescrizioni farmaceutiche, deve essere fatta la distribuzione diretta dei medicinali di classe "A": da tarare la %		85,00	1,2	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3 *	0,9	cio
dato calcolato a livello di Ausl NO															
		Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €. / da definire			0,0	12								
parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta															
valutazione del 2017-11-05: obiettivo annullato															

3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

3 - Obiettivi REGIONALI

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00	2,0	12	33,33	-57	-63%	37%	*	0,7		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)		/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO		% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.F. CURE PRIMARIE, INTERMEDIE E RESIDENZIALITA' PDL (102)								
		RT12	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
		Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG		/ 20		obiettivo Non Valutabile: a viareggio e pisa alcuni medici prenotano già, lo strumento è predisposto manca accordo MMG								
		RT13	> si/no	0,00	1,00	7,5	12	1,00	0	0%	100%	*	7,5	M
		Tempi di attesa: Rirorganizzare 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)		/ n. percorsi con follow-up con agende dedicate in almeno 2 patologie croniche della sanità di iniziativa		lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli almbulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del								
		RT17	> si/no	0,00	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4	M
		Attuazione della Libera scelta in RSA		/ si		Le zone hanno iniziato un lavoro propedeutico all'attivazione della DRG 995 del 2016, per la messa a regime nel 2017								
		RT4	> si/no		35,29	0,0	12	29,61	-6	-16%	84%	*	0,0	
		Rinnovo Tessere Sanitarie che vanno in scadenza		/ si		assume valore dell'indicatore B24.1 del Mes, Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attive								
		obiettivo annullato: assume valore dell'indicatore B24.1 del Mes, Percentuale Carte Sanitarie Elettroniche attive												
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale		/ si		assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	0,4	12	1,00	0	0%	100%	*	0,4	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale		/ si		VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY								
PRP	Piano Regionale della Prevenzione	PRP13b	>			0,0	12				*			
		MMG che attivano l'arruolamento dei pazienti ipertesi ad alto rischio cardiovascolare / MMG della RT		/ 30		n.v. L'arruolamento non è stato avviato in quanto è in corso la trattativa per la sottoscrizione dell'accordo dei MMG sull'attuazione della DRG 650/106. (Fonte Rendicontazione RT - indicatori sentinella mail Aragona 28/8)								
		PRP17	>	0,00	75,00	0,8	12	84,00	9	12%	100%	*	0,8	M
		N° di bilanci di salute effettuati in bambini di 10 anni in carico ai PLS / N° di bambini di 10 anni in carico ai PLS		/ 75		Fonte RT - dato RT indicatori sentinella mail Aragona del 28/08								
		PRP19	>	0,00	10,00	0,8	12	6,00	-4	-40%	60%	*	0,5	M
		Interventi di prevenzione di caduta nell'anziano basati sulla diffusione del programma di esercizi Otago: N° di zone distretto in cui il programma è implementato		/ 10										
		PRP26	>	0,00	95,00	0,8	12	95,00	0	0%	100%	*	0,8	M
		N° di PLS che aderiscono al progetto / N° di PLS toscani		/ 95										

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P29O01	<u>Confrontare gli Accordi Integrativi con i MMG attraverso una tavola sinottica per strutturare successivamente una proposta operativa con i MMG entro il 30 aprile 2016 (compresa estensione CUP presso MMG)</u>	i-P29O01 Predisporre una tavola sinottica e una proposta (entro aprile)	> si/no	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P29O03	<u>Stabilire dotazioni orarie standard di specialisti per i percorsi della cronicità confrontandosi con gli specialisti dell'Area medica</u>	i-P29O03 Stabilire dotazioni standard di specialisti per i percorsi della cronicità utilizzando anche gli specialisti dell'Area medica.: Predisporre una proposta (entro dicembre)	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
Obiettivo annullato:Lavori non completati a causa della ritardata applicazione da parte della Regione Toscana del nuovo modello di Sanità d'iniziativa di cui alla DGRT 650 del 7-7-2016														
P29O04	<u>Standardizzazione processo e contenuti per il Budget alle AFT</u>	i-P29O04 Predisporre una proposta (entro aprile)	> si/no	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P29O07	<u>Raggiungere i LEA sull'e-prescription (compreso dematerializzazione)</u>	i-P29O07 Raggiungere i LEA sull'e -prescription (compreso dematerializzazione): raggiungere l'obiettivo regionale	> %	0,00	1,00	0,8	12	0,70	0	-30%	70%	*	0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / B24b.1 Bersaglio MeS: Percentuale ricette dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati 61,64 % (valore ATNO: non disponibile valore singola zona)														
P29O09	<u>Integrazione tra assistenza medica e assistenza infermieristica domiciliare delle cure primarie a livello di AFT</u>	i-P29O09 Definizione di un progetto condiviso entro giugno	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
Obiettivo annullato:Lavori non completati a causa della ritardata applicazione da parte della Regione Toscana del nuovo modello di Sanità d'iniziativa di cui alla DGRT 650 del 7-7-2016														
P29O10	<u>MMG: Accordo con Farmaceutica e Convenzioni uniche per gestione comitato aziendale</u>	i-P29O10 Sperimentazione presso le sedi che lo consentono (es: case della salute)	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
Obiettivo annullato:Non attuato, per perdurante mancanza di Accordo regionale con la Continuità Assistenziale														
P29O11	<u>MMG: avvio di un percorso di sperimentazione della continuità assistenziale per la presa in carico del paziente (ad esempio: per vaccinazione meningococco)</u>	i-P29O11 elaborazione percorsi e attivazione di almeno 4 incontri fra le discipline mediche e i coordinatori di AFT	> si/no	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / in coerenza con quanto valutato all'area medica ind. i-P13O04														
P29O12	<u>MMG: definire con l'area medica di riferimento i percorsi di gestione della riattivazione delle cronicità (es: prevedere attivazione day service)</u>	i-P29O12 Definizione accordo entro il ...	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / non valutabile														

4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

5,5

4,9

P26O01	<u>Effettuare la ricognizione delle modalità di esercizio (vuoto per pieno, scadenza contratti ecc...) delle RSA a Gestione Diretta in RSA ,ecc.con l'obiettivo di passare all' appalto in concessione.</u>	i-P26O01 a) Verificare le RSA con contratti in scadenza: invio elenco entro il 31.03 a coordinatori del gruppo di lavoro e strutture acquisti e pc alla direzione aziendale;b) Individuare la struttura di riferimento per la richiesta delle informazioni, per la pred	> %	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

ZONA DISTRETTO LUCCA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

2015 2016 2016

P26O02	<u>Censire le RSA in convenzione e, relativamente alle convenzioni in scadenza al 31.12.2015 prorogare le stesse per 6 mesi per prepararsi al passaggio ai titoli di acquisto (vedi DGR 398/2015)</u>	i-P26O02	> %	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	M
Verifica delle rsa in convenzione : invio elenco entro 11 31.03 a coordinatori del gruppo di lavoro e pc alla direzione aziendale. Per le strutture in scadenza prorogare gli accordi per 6 mesi														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P26O03	<u>Adottare lo schema tipo di convenzione quando sarà approvato dalla RT</u>	i-P26O03	> %	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	M
Adottare schema tipo di ACCORDO che regola i rapporti (definire data)														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Adottato libera scelta														
P26O04	<u>Correlare l'offerta dei Posti Letto con i tempi di attesa nelle RSA in convenzione tenendo presente il diritto di scelta del cittadino, il tasso di occupazione, il turn over PL e l'offerta di servizi domiciliari alternativi (es. badanti)</u>	i-P26O04	> %	0,00	1,00	0,8	12	0,30	-1	-70%	30%	*	0,2	M
Integrare il documento Misurazione del TURN OVER per posto letto in ogni RSA entro aprile														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato risponde parzialmente all'obiettivo														
P26O05	<u>UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</u>	i-P26O05	> %	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	M
Proposta del protocollo entro settembre														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017														
P26O07	<u>Rivalutare l'offerta del modulo motorio in base alla delibera che prevede la gratuità dei primi 15 gg post frattura di femore e valutare la possibilità di implementare PL nelle Cure Intermedie in sostituzione dei PL ex art. 26 nei</u>	i-P26O07	> %	0,00	1,00	0,0	12					*		
Presentazione proposta condivisa con Riabilitazione entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / L'obiettivo è stato posticipato al 2017														
P26O08	<u>Assicurare la distribuzione diretta dei farmaci in tutte le RSA comprese le private convenzionate</u>	i-P26O08	> %	0,00	80,00	0,8	12	88,00	8	10%	100%	*	0,8	M
Distribuzione diretta dei farmaci in tutte le RSA comprese le private convenzionate entro giugno														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / verificare da CdG/farmacia														
P26O09	<u>PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</u>	i-P26O09	> %			0,0	12					*		
Formazione commissione entro settembre per tutti i Distretti														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo riproposto nel 2017														
P26O10	<u>NON AUTOSUFFICIENZA: Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione</u>	i-P26O10	> %	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	M
Proposta del protocollo entro il 30/09														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

4 - Ob Az: SERT

P25O02	<u>Uniformare procedura e piani terapeutici che i SERT sono tenuti a predisporre per consentire ai MMG la prescrizione di medicinali utilizzati per la dipendenza da oppiacei (art. 43 DPR 309/90)</u>	i-P25O02	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					*		
Produzione documento in collaborazione con Farmaceutica														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / obiettivo ridefinito per 2017 - il percorso di condivisione con i MMG è in corso														
P25O03	<u>Sviluppare proposte di interventi di prevenzione in accordo con MMG e Sanità d'Iniziata</u>	i-P25O03	> N.	0,00	1,00	0,8	12	1,00	0	0%	100%	*	0,8	M
Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

P30O03	<u>Acquisire le migliori pratiche su: a) passaggio da SMIA a SMA; b) passaggio da SMIA a Riabilitazione</u>	i-P30O03	>	SI/N O	0,00	1,00	0,8	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/> *	0,4	M
		1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre)	/si					Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' presente la mappatura, non risulta la definizione della buona pratica							

P28O06	Sviluppare il quadro conoscitivo della presenza dei MMG nelle case della salute	i-P28O06	> si/no	0,00	1,00	0.8	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0%"/>	<div><div></div></div> 100%	<input type="text" value="0.8"/>	M
		Presenza oraria/eventuali compensi acquistivi/comparsa partecipazione costi. Entro 31/03											
		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											

Q01a	> %.	100,00	100,00	2.5	12	100,00	0	0%	100%	*	2.5
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		/ si	<i>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</i>								

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

ZONA DISTRETTO LUCCA

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.	3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3 *	2,5	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	/ 3 riunioni verbalizzate										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											
		Verbli inviati con mail del 31/08/2017											
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,5	12	81,54	-8	-9%	91%	* 2,3	M cio
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	/ 100										cts
		Q03	> %	100,00	2,5	12	100,00	0	0%	100%	* 2,5		cio
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione) / si										cts
		Q04	> %	60,00	2,5	12	60,00	0	0%	100%	* 2,5		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 azi											

* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
102_21206	U.F. CURE PRIMARIE, INTERMEDIE E RESIDENZIALITA' PDL (102)	Totale pesi		100,0	85,1
1					

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)