

ZD3A

## **STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO**

**Responsabile:**

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.*

ZD3A

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Responsabile:

Macrostruttura

## ZD3A STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

35,0

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

21,9

21,9

B8	Gestione Dati	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	21,9	12	99,38	1	1%	100%	5 *	21,9	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RS)			da definire preconsuntivo ed obiettivo									cts

Dato aggiornato al 26\_07\_2017

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

2,2

2,2

C6c	Rischio Clinico	C6.6	< %	1,78	3,00	2,2	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	2,2	cio
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016									cts

Dato aggiornato al 26\_07\_2017

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

10,9

10,9

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	7,62	6,77	0,0	12					0 *		cio
		Percentuale di assenza			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere									cts
		E3	< %.	815,00	799,00	10,9	12	796,00	-3	0%	100%		10,9	M cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere									cts

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	744.755,67	737.308,11	15,0	12	611.823,05	-125.485	-17%	100%	3 *	15,0	M cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI			importi DA VERIFICARE: tendenzialmente - 1% del preconsuntivo 2015 (salvo che nel 2015 ci sia uno sfioramento dal budget, nel qual caso si conferma il budget 2015, per conto economico, valutando anche il trend dal 2014); non comprende la DDclasseA / aggiorn									cts
		Euro02	< €.	0,00	0,00	0,0	12							
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI			da definire preconsuntivo e budget									

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

valutazione del 2017-11-05: obiettivo annullato

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

35,0

35,0

## 3 - Obiettivi REGIONALI

35,0

35,0

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

**STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO**

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

<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	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
<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	35,0	1,00	0	0%	100%	*	35,0	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale											assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27

**5 - Obiettivi QUALITA'****5 - Obiettivi QUALITA'**

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,3	12	70,00	0	0%	100%	*	2,3	
		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).	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	> %.	100,00	100,00	2,3	12	100,00	0	0%	100%	*	2,3	
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)	aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)										RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili	
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.	3,00	5,8	12	3,00	0	0%	100%	3	*	5,8	
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12										valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - nessun verbale di riunione inviato al cdg al 30/06/2016	
		Q02a	> N.	0,00	90,00	2,3	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,1	M
		CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)											monitoraggio interno non disponibile (si veda mail RDC del 2017-08-18), assunto valore dell'indicatore B16.1.1 bersaglio MeS - livello di calcolo ATNO	
		Q03	> %	100,00	1,2	12	100,00	0	0%	100%	*	1,2		
		COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)										UO Comunicazione ha monitorato l'utilizzo della carta intestata e del logo in ambito aziendale, chiedendo soltanto piccole modifiche - in particolare per la carta intestata - ad alcuni servizi che hanno evidenziato difformità (comunque di poco conto) risp	
		Q04	> %	60,00	1,2	12	60,00	0	0%	100%	*	1,2		
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)										Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito azi	

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

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

		Pesì		Valutazione	
		p1	P2	p1	P2
ZD3A	STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO	Totale pesì		100,0	99,8

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

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

ZD3LUA

## ZONE DISTRETTO LUCCAA

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

UO/UF

**102\_210051 U.F. SALUTE MENTALE INFANZ. ADOLESCENZA (102)**

BEATRICE MILIANTI

STEFFANIA PINUCCI

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

34,1

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

15,7

15,7

B8	Gestione Dati																			
	B8.1		> %.	82,70	80,00	0,0	12						3	*						
	Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES				Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO													
							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	15,7	12	99,38	1	1%	100%	5	*	15,7						
	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													

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,5

10,6

C	Valutazione sanitaria	C7.7R Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	<	%.			0,0	12					3 *				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca
obiettivo non pertinente per la struttura																	
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%. /3	1,51	3,00	3,1	12	2,00	-1	-33%	73%	4 *	2,3	M	cio	cts
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N. /6	3,24	6,00	3,6	12	6,00	0	0%	100%	5 *	3,6	M	cio	cts
		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	1,6	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,6		cio	cts
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	<	% /3	2,42	3,00	1,6	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,6		cio	cts
		C6.7.1 Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	>	N. /1	83,33	100,00	1,6	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,6	M	cio	cts

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

7,8

7,8
-----

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio
		Percentuale di assenza	/ 6,36											cts
		E3	< %.	815,00	799,00	7,8	12	796,00	-3	0%	100%		7,8	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere											cts

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

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	9.992,83	9.892,90	15,0	12	12.373,63	2.481	25%	100%	vr	3*	15,0	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
		Euro02	< €.			0,0	12						*		
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	/ da definire												
Scostamento non significativo.															

Scostamento non significativo.

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		8,8	12	57,14	-33	-37%	63%		5,6	
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO											
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	/ si											cts
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	1,8	12	1,00	0	0%	100%		1,8	cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	/ si											cts
PRP	Piano Regionale della Prevenzione	PRP26	>	0,00	95,00	1,7	12	95,00	0	0%	100%		1,7	M
		N° di PLS che aderiscono al progetto / N° di PLS toscani	/ 95											

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.F. SALUTE MENTALE INFANZ. ADOLESCENZA (102)

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

VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY

## 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	3,5	12	1,00	0	0%	100%		3,5	M
		Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)	/ si											

Il documento sulla definizione delle competenze, specificamente per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali, e sulla proposta organizzativa è stato definito dal Gruppo nei tempi previsti. Considerato lo stato di forte difformità e le

## 4 - Ob Az: SMA / SMIA

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata



## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

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

P24O01	Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione	i-P24O01	> si/no / si	0,00	1,00	3,5	12	1,00	0	0%	100%	3,5	M
		Procedura per la gestione dell'urgenza condivisa tra UFSMA, UFSMIA e Pediatria per il minore/adolescente che accede al Presidio Ospedaliero entro il 31/12		Scadenza 31-12-2016. V. DGRT 1080 2009 su ASO e TSO e DGRT 1063 2015 in merito all'obiettivo. Pitanti ci sta lavorando con Masi. Resta problema ricovero! Giungere ad un documento unico (con specificita?). VA CONDIVISO CON SMA! documento su ASO e TSO!									

## 4 - Ob Az: SMIA

14,0

12,3

<b>P24002a</b>	<b><u>SALUTE MENTALE: SMIA Ridefinizione della rete delle strutture semiresidenziali</u></b>	i-P24O02a	> sì/no / sì	0,00	1,00	<b>3,5</b>	<b>12</b>	<b>1,00</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>3,5</b>	<b>M</b>
		Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta		<i>Il Gruppo ha lavorato redigendo un documento comprendente: Il Censimento delle Strutture utilizzate per l'inserimento dei minori, il numero dei minori inseriti, suddivisi per patologia e per struttura, ed è stato deciso di includere anche le Strutture</i>									

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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	* 3,5	M
		Definizione protocollo di presa in carico entro 31/12	/si	<i>Il lavoro è stato fatto seguendo le indicazioni della raccomandazione Ministeriale dell'HandOver, utilizzando la modulistica della fondazione Stella Maris struttura con cui è stato costruito il documento. La Dott.ssa Pitanti (UF SMIA Apuane) insieme alla</i>									

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	3,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,5	M
		1) definizione degli ambiti (entro aprile) e mappatura degli accordi di programma (entro giugno) 2) documento sulle prassi condivise (entro dicembre)	/si	Il documento è stato definito ed è stato approvato dalle UU.FF. SMIA nell'ambito della riunione di Area effettuata dal Direttore del Dipartimento Salute Mentale.										

P30O03	Acquisire le migliori pratiche su: a) passaggio da SMIA a SMA; b) passaggio da SMIA a Riabilitazione	i-P30O03	> SI/N O / si	0,00	1,00	3,5	12	0,50	-1	-50%	50%	1,7	M
		1) mappatura delle procedure attualmente in uso (entro giugno) 2) definizione buona pratica e modalità di implementazione (entro dicembre)		valutazione del 2017-11-05									

corretto errore valutazione (MP 2017-12-19)

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

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).		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)		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	7,00	4	133%	100%	3	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	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) / sì												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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

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

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

102\_21005  
1

U.F. SALUTE MENTALE  
INFANZ. ADOLESCENZA (102)

Totale pesì 100,0

94,0

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

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

102\_211054

**UF ODONTOSTOMATOLOGIA (102)**

PAOLO ROLLA

PAOLA SACCONI

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

31,3

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

15,7

15,7

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	12					3*			
			Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
			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	15,7	12	99,38	1	1%	100%	5*	15,7	
			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								

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,5

7,8

C6c	Rischio Clinico																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
-----	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

7,8

7,8
-----

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	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

<b>2 - Obiettivi ECONOMICI</b>	<b>15,0</b>	<b>14,7</b>
2 - Obiettivi ECONOMICI	15,0	14,7

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>	<b>35,0</b>	<b>28,3</b>
3 - Obiettivi REGIONALI	35,0	28,3

<b>5 - Obiettivi QUALITA'</b>	<b>15,0</b>	<b>14,8</b>
5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,8

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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											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											cts
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
		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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

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

Pesì  
p1 P2 Valutazione  
p1 P2

102\_21105  
4

UF ODONTOSTOMATOLOGIA  
(102)

Totale pesì 100,0

89,1

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)

UO/UF

102 211055

**S.S DIABET. E M. METAB (102)**

ALBERTO MICHELE DI CARLO

PAOLA SACCONI

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

33,1

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

4,4

4,4

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	12					3*			
			Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
			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	4,4	12	99,38	1	1%	100%	5*	4,4	
			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								

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

18,2

16,3

C11a	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.2.2	> %.	56,98	71,58	2,5	12	57,49	-14	-20%	24%	2*	0,6	M	cio	
			% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata		/ 71,577172341		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca									
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	5,0	12	3,00	0	0%	100%	4*	5,0	M	cio	
			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 S.S DIABET. E M. METAB (102) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts	
			C6.2.2	> N.	3,24	6,00	5,8	12	6,00	0	0%	100%	5*	5,8	M	cio
			Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 6		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo S.S DIABET. E M. METAB (102) - fascia relativa alla Ausl TNO								cts	
			C6.6	< %	2,42	3,00	2,5	12	2,66	0	-11%	100%	3*	2,5	M	cio
			Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		/ 3		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								cts	
			C6.7.1	> N.	83,33	100,00	2,5	12	100,00	0	0%	100%	4*	2,5	M	cio
			Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		/ 1		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								cts	
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

12,4

12,4

E		VALUTAZIONE INTERNA (E)											
E2	Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0*		
		/ 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							
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	< %.	815,00	799,00	12,4	12	796,00	-3	0%	100%	*	12,4	M
		Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere				i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte							

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata



## 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	< €.	18.173,00	17.991,27	8,6	12	20.224,16	2.233	12%	100%	vr	3 *	8,6	cio
				/ Min(valore 2014;valore 2015-1%) / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)				verifica del 2017-09-08 cdg H -								cts
								Scostamento non significativo.								
		Euro01a-F12a.25.2	% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	6,4	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3 *	4,8	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								
								parziale valutazione positiva in relazione al fatto che per tutto il 2016 nel nuovo ospedale non era disponibile un punto di distribuzione diretta								

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %		90,00	1,3	12	100,00	10	11%	100%		1,3	
		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 S.S DIABET. E M. METAB (102)		
		RT14	> si/no / n. branche specialistiche riorganizzate > 3		1,00	17,9	12	1,00	0	0%	100%		17,9	
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)										tutte le ex asl a parte Livorno hanno copertura pressoché 100%, Livorno 20% (valutazione coord. CUP 2017-10-05)		
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5	> si/no / si	0,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	M
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale										assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27		
		RT5b	> si/no / si	1,00	1,00	2,2	12	1,00	0	0%	100%		2,2	
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale										VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY		
PRP	Piano Regionale della Prevenzione	PRP20	> / 90000	0,00	90.000,00	1,9	12	101.953,00	11.953	13%	100%		1,9	M
		N° di prestazioni educazione terapeutica per persone con DM 1 e 2 erogate dalle Aziende UsI										Fonte RT - dato RT indicatori sentinella mail Aragona del 28/08		
		PRPTEMP	> / 100	0,00	100,00	1,9	12	100,00	0	0%	100%		1,9	M
		% indicatori inviati per il monitoraggio entro 10/7												

#### 4 - Ob Az: DIABETOLOGIA

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

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P17O01</b>	<b>Investire sulle competenze necessarie per sviluppo attività di rivascularizzazione negli ospedali di Livorno e di Massa (chirurgia vascolare e radiologia interventistica) e strutturare un percorso specifico considerati gli ampi spa</b>	i-P17O01 Aumento 10-15% rivascularizzazioni	> % / Aumento 10-15%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in aumento le rivascularizzazioni in ATNO complessivamente (da 113 a 136. In particolare su Livorno da 18 a 30 e su Massa da 4 a 62														
<b>P17O01a</b>		i-P17O01a Riduzione 10% amputazioni	< % / Riduzione 10%	0,00	1,00	1,9	12	0,50	-1	-50%	100%	*	1,9	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / dato MeS ATNO C11a.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale) 2016: 33,72; 2015 31,72; 2014 36,1. Si tiene comunque conto del fatto che l'attività di rivascularizzazione è stata i														
<b>P17O01b</b>		i-P17O01b Riduzione 20% fughe	> % / Riduzione 20%	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Dati inviati da CdG 2015/2016: in riduzione le fughe in ATNO complessivamente (da 144 a 114).														
<b>P17O02</b>	<b>Investire sugli accordi con la medicina territoriale per la gestione proattiva della cronicità uniformando i PDTA già esistenti nelle ex singole aziende</b>	i-P17O02 Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete	> si/no / si	0,00	1,00	1,9	12	1,00	0	0%	100%	*	1,9	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														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

### 5 - Obiettivi QUALITA'

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %. / si	70,00	70,00	2,5	12	70,00	0	0%	100%	*	2,5	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	2,5	12	100,00	0	0%	100%	*	2,5	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														
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N. / 3 riunioni verbalizzate		3,00	2,5	12	3,00	0	0%	100%	3	2,5	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														
		Q02a CARTA DEI SERVIZI: Applicazione Repertorio Regionale degli impegni (N impegni rispettati / impegni da rispettare - DGRT n.335 del 28-04-2014)	> N. / 100	0,00	90,00	2,5	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,3	M 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														

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

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

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q03	> %	100,00	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
		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	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

STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

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

Pesi  
p1 P2 Valutazione  
p1 P2

102\_21105  
5

S.S DIABET. E M. METAB (102)

Totale pesi 100,0

96,3

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\_211056 **SC DERMATOLOGIA (102)**

CARLO MAZZATENTA

PAOLA SACCONI

**1 - Obiettivi MeS****35,0****32,4****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****16,5****16,5**

<b>B20.a</b>	<b>Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche</b>	B20c.1	> %.	65,82	70,00	1,5	12	71,57	2	2%	100%	2 *	1,5	M
		Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione		/ valore 2015		assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS								
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	12					3 *		
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES		Dato 2015 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO								
		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	15,0	12	99,38	1	1%	100%	5 *	15,0	
		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								

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****11,0****8,4**

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.9	<	15,11	8,03	0,0	12	12,19	4	52%	41%		0,0	M	
		Tasso std di prestazioni Dermatologia e Allergologia a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti		/ 8,0340160203		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca									
		obiettivo solo di osservazione per le zone													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	1,51	3,00	3,0	12	2,00	-1	-33%	73%	4 *	2,2	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 SC DERMATOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO									
		C6.2.2	>	N.	3,24	6,00	3,5	12	0,00	-6	-100%	50%	5 *	1,7	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		/ 6		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo SC DERMATOLOGIA (102) - fascia relativa alla Ausl TNO									
		C6.5.5	>	N.	88,20	80,00	1,5	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,5	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		/ 80		Dato 2016 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO									
		C6.6	<	%	2,42	3,00	1,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,5	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		/ 3		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
		C6.7.1	>	N.	83,33	100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,5	M
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		/ 1		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****7,5****7,5**

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS    vr = Valutazione ragionata

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	0,0	12						0*		cio
		Percentuale di assenza	/ 6,36												cts
		E3	< %.	815,00	799,00	7,5	12	796,00	-3	0%	100%		7,5*	M	cio
		Tasso di infortuni dei dipendenti	Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere												cts

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

i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	36.878,04	36.509,26	13,8	12	31.686,30	-4.823	-13%	100%	3*	13,8	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	/ Min(valore 2014;valore 2015-1%) / aggiornato 2015 e budget (mail LB 02/08/2017)												cts
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00		1,2	12	31,31	-54	-63%	75%	vr	3*	0,9	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 %												
		Euro02	< €.			0,0	12								
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	/ da definire												

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

<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT1	> %	90,00		6,7	12	100,00	10	11%	100%		6,7*		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	/ allineamento alla migliore performance delle ex asl TNO												
		RT14	> si/no	1,00		25,6	12	1,00	0	0%	100%		25,6*		
		Tempi di attesa: Riorganizzare offerta prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (n. branche specialistiche riorganizzate>3)	/ n. branche specialistiche riorganizzate > 3												
<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5	> si/no	0,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		1,3*	M	cio
		Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	/ si												cts
		RT5b	> si/no	1,00	1,00	1,3	12	1,00	0	0%	100%		1,3*		cio
		Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	/ si												cts

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

14,8

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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											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	> %.	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											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														
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	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														
		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
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	> %		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
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	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

STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

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

Pesi  
p1 P2 Valutazione  
p1 P2

102\_21105  
6

SC DERMATOLOGIA (102)

Totale pesi 100,0

96,9

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

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



102 212063

## LAURA GIARDINA

GIULIA FANTONI

## 35,0

28,1

## 7,2

5,0

B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	93,25	95,39	1,8	12	89,83	-6	-6%	30%	3	0,5	
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina	/ 100				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
		B5.2.2	> %.	54,75	60,00	1,8	12	59,90	0	0%	100%	4	1,8	M
		Adesione corretta dello screening cervice uterina	/ 60				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca							
B7	Copertura vaccinale	B7.3	> %.	76,89	80,00	1,8	12	73,50	-7	-8%	50%	2	0,9	
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	/ 80				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	> %.	82,70	80,00	0,0	12					3		
		Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	consuntivo 2015 fonte MES				I I I I Dato 2015 - Ausl NO I Dato 2016 - Ausl NO							
							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	1,8	12	99,38	1	1%	100%	5	1,8	
		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							

## 20,4

15,6

C	Valutazione sanitaria	C7.7R	Tasso di ospedalizzazione in eta\ pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) - Ricovero ordinario	>	%.	/ 7,1870734447	0,0	12						3*			
							dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca										
							obiettivo non pertinente per la struttura										
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	>	%.	1,51 / 3	3,00	3,6	12	5,00	2	67%	100%	4*	3,6	M	cio
							dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. ATT. CONSULTORIALI (102) - fascia relativa alla Ausl TNO										
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	>	N.	3,24 / 6	6,00	4,2	12	0,00	-6	-100%	50%	5*	2,1		cio
							dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. ATT. CONSULTORIALI (102) - fascia relativa alla Ausl TNO										
		C6.5.5	Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	>	N.	88,20 / 80	80,00	1,8	12	88,20	8	10%	100%	4*	1,8		cio
							I   I   Dato 2016 - Ausl NO   Dato 2016 - Ausl NO										

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

C6c	Rischio Clinico	C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< % / 3	2,42	3,00	1,8	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,8	
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
C7	Materno Infantile	C6.7.1	Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	> N. / 1	83,33	100,00	1,8	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,8	M
		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)													
		C7.16	Accesso area maternità\ del consultorio di donne straniere	> %.	84,24	82,37	1,8	12	86,44	4	5%	100%	5 *	1,8	M
		obiettivo: mantenimento 2015. Anche Dip. Professioni / da definire													
		C7.17	% primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	> %.	38,04	38,04	1,8	12	56,99	19	50%	100%	3 *	1,8	M
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	45,50	1,8	12	37,82	-8	-17%	51%	1 *	0,9	M
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	23,65	1,8	12	7,52	-16	-68%	0%	0 *	0,0	
obiettivo: media RT 2015															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Piana di Lucca															

*Dato Mes aggiornato ad Ottobre 2017*

I - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA										7,4	7,4				
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2	<	%.	8,24	6,77	0,0	12					0 *		
		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							
		E3	<	%.	815,00	799,00	7,4	12	796,00	-3	0%	100%		7,4	M
		Tasso di infortuni dei dipendenti			Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere			i dati del tasso di assenza calcolato con il metodo in uso fino al 2015 con livello di calcolo ex asl sono i seguenti: 4,215984. Siccome non è stato possibile, al 27/09/2016, reperire nel sito MeS il dato del nuovo indicatore calcolato con dati in parte							

12,0 12,0

12,0		12,0
------	--	------

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	13.020,94	12.890,73	12,0	12	14.571,47	1.681	13%	100%	vr	3 *	12,0	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

*Scostamento non significativo.*

38,0	35,9
------	------

4,9		4,9
-----	--	-----

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

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

## Valutazione

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> %  / allineamento alla migliore performance delle ex Asl TNO			0,0	12						*		
							N.v.il consultorio è una struttura a bassa prescrizione, inoltre nell'indicatore non sono presenti gli specialisti che lavorano nella struttura								
B3a	Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no / si	0,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	M
							assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27								
		RT5b Privacy: corretta applicazione del codice privacy e dei regolamenti aziendali e rispetto delle indicazioni del referente aziendale	> si/no / si	1,00	1,00	2,5	12	1,00	0	0%	100%		*	2,5	M
							VERIFICA DA CONFERMARE, IN CORSO APPROFONDIMENTI CON IL RESPONSABILE PRIVACY								
4 - Ob Az: CONSULTORIO						24,8								22,7	
P31O02	Uniformare la rete dei consultori attraverso i criteri definiti dal DRG del 259/2009	i-P31O02 1)Implementazione buona pratica sul puerperio 2)definizione di documento organizzativo di struttura	> SI/N O / si	0,00	1,00	8,3	12	0,75	0	-25%	75%		*	6,2	M
							L'E' stata definita entro novembre la proposta con i criteri per le dotazioni in base al bacino d'utenza prendendo come elementi la popolazione sia generale che target. In particolare è stato preso come riferimento un bacino d'utenza di 40.000 abitanti.								
P31O03	Stabilire il "livello di servizi consultoriali di base" da garantire in tutta l'Azienda,	i-P31O03 1) definizione degli standard di offerta (entro giugno) 2) valorizzazione prestazioni (entro dicembre - entro settembre)	> SI/N O / si	0,00	1,00	8,3	12	1,00	0	0%	100%		*	8,3	M
							L'E' stato predisposto il documento sulla valorizzazione che ha preso in esame la normativa nazionale e regionale, nonché esperienze sviluppate in altre Regioni. I criteri di fondo proposti sono il nomenclatore regionale e i codici individuati dalla DGRT								
P31O04	Uniformare criteri per la raccolta dati attraverso la definizione di un cruscotto di Indicatori per la valutazione dei Percorsi	i-P31O04 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)	> SI/N O / si	0,00	1,00	8,3	12	1,00	0	0%	100%		*	8,3	M
							L'E' stato definito entro ottobre il cruscotto con indicatori di sintesi e indicatori settore per settore per approfondimenti nelle aree specifiche. L'effettuazione e la presentazione della documentazione relativa ai due incontri con il personale sui dati modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria								
4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA						8,3								8,3	
P31O01	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31O01 Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)	> SI/N O / si	0,00	1,00	8,3	12	1,00	0	0%	100%		*	8,3	M
							Il documento sulla definizione delle competenze, specificamente per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali, e sulla proposta organizzativa è stato definito dal Gruppo nei tempi previsti. Considerato lo stato di forte diffomità e le								
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								13,0	
5 - Obiettivi QUALITA'						15,0								13,0	

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

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											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	> %.	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											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	> N.		3,00	2,5	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,8	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														
		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
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	> %		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
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	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

**STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

102\_21206  
3

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

Totale pesì 100,0

89,0

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

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

102 212064

**U.F. HOSPICE E CURE PALLIATIVE (102)**

ANDREA BERTOLUCCI

## 1 - Obiettivi MeS

35,0

31,4

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

15,4

15,4
------

B8	Gestione Dati	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	12					3*			
			Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale		consuntivo 2015 fonte MES		Dato 2015 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO								
			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	15,4	12	99,38	1	1%	100%	5*	15,4	
			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												

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

11,9

8,3

C1	Capacità di governo della domanda	C5.1e	Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,00	7,65	0,0	12	9,77	2	28%	20%	2*	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo al presidio Osp. Lucca															
Indicatore non pertinente per la struttura															
C2a	Efficienza attività di ricovero	C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	< N.	0,18	0,18	0,6	12	0,14	0	-24%	100%	2*	0,6	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo al presidio Osp. Lucca															
valore 2016 non superiore al 2015. Mantenimento															
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	3,1	12	0,00	-3	-100%	40%	4*	1,2	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. HOSPICE E CURE PALLIATIVE (102) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2	Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	3,6	12	0,00	-6	-100%	50%	5*	1,8	
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. HOSPICE E CURE PALLIATIVE (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.	88,20	80,00	1,5	12	88,20	8	10%	100%	4*	1,5	
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															
		C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,5	12	2,66	0	-11%	100%	3*	1,5	
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.	83,33	100,00	1,5	12	100,00	0	0%	100%	4*	1,5	M
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

7,7

	7,7
--	-----

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS      vr = Valutazione ragionata

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

5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,8
5 - Obiettivi QUALITA'	15,0	14,8

## STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01	> %.	70,00	70,00	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											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											cts
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	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
		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

\* = Fascia di valutazione Bersaglio MeS vr = Valutazione ragionata



**STRUTTURE COMUNI ZONE DISTRETTO**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesi  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

102\_21206  
4

**U.F. HOSPICE E CURE  
PALLIATIVE (102)**

Totale pesi 100,0

94,2

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)