

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

ZD2

### **ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

**Responsabile:** Rosanna Vallelonga

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.*

ZD2

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Responsabile:

Macrostruttura

ZD2 ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Rosanna Vallelonga

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

## 1 - Obiettivi MeS

38,0

30,9

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

15,7

12,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20b.1.1	> %	71,07	70,00	0,5	12	61,54	-8	-12%	0%	*	0,0	
		Percentuale di prime visite specialistiche erogate entro 15 gg nell'Ausi di residenza												
		Dati 2015 livello di calcolo zona Lunigiana -												
		Assume il valore dell'indicatore B20C.1												
		B20b.1.2	> %	74,83	74,83	0,5	12	75,24	0	1%	100%	*	0,5	M
		Percentuale di prestazioni diagnostiche erogate entro 30 gg nell'Ausi di residenza												
		budget definito sul consuntivo 2015												
		Dati 2015 livello di calcolo zona Lunigiana -												
		Assume il valore dell'indicatore B20C.2												
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1	> N.	2,40	2,25	0,5	12	2,88	1	28%	100%	5*	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 Lunigiana												
		cts												
		B22.2	> N.	5,00	3,32	0,5	12	6,02	3	81%	100%	5*	0,5	M
		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 Lunigiana												
		cts												
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.	84,12	80,00	0,5	12	86,01	6	8%	100%	4*	0,5	M
		% popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli												
		consuntivo da verificare												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2	> %	10,78	11,51	0,5	12	12,35	1	7%	100%	5*	0,5	M
		Percentuale di anziani in CD con valutazione												
		Gen-Ago 2015												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
		corretto dato di monitoraggio												
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1	> %.	124,97	95,39	0,5	12	112,42	17	18%	100%	5*	0,5	cio
		Estensione corretta dello screening della cervice uterina												
		consuntivo da verificare												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
		cts												
		B5.2.2	> %.	70,14	60,00	0,5	12	54,06	-6	-10%	50%	vr 2*	0,3	
		Adesione corretta dello screening cervice uterina												
		consuntivo 62,74, da verificare, budget adeguato al decr 6377												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
		Si riconosce una parziale possibilità di incidere sull'adesione da parte dei consultori												
		B5.3.1	> %.	108,18	100,00	0,5	12	113,06	13	13%	100%	5*	0,5	M
		Estensione corretta dello screening coloretale												
		consuntivo da verificare												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
		cts												

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>B5</b>	<b>Estensione ed adesione allo screening</b>	B5.3.2 Adesione corretta dello screening coloretale	> %.	50,22 consuntivo da verificare	70,00	0,5	12	47,53	-22	-32%	0%	1 *	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
<b>B7</b>	<b>Copertura vaccinale</b>	B7.1 Copertura per vaccino MPR	> %.	86,70 consuntivo da verificare	95,00	0,5	12	89,59	-5	-6%	50%	vr 1 *	0,3	M cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
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.	56,19 consuntivo da verificare	75,00	0,5	12	57,06	-18	-24%	50%	vr 1 *	0,3	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
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)	> %.	79,78 consuntivo da verificare	80,00	0,5	12	63,73	-16	-20%	50%	vr 1 *	0,3	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
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.	8,30 consuntivo da verificare	25,00	0,5	12	8,30	-17	-67%	50%	vr 1 *	0,3	cio
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.	88,56 consuntivo da verificare	95,00	0,5	12	92,20	-3	-3%	70%	vr 2 *	0,4	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
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.	91,22 consuntivo da verificare	95,00	0,5	12	93,55	-1	-2%	100%	vr 3 *	0,5	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
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.	91,49 consuntivo da verificare	95,00	0,5	12	95,16	0	0%	100%	3 *	0,5	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
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														
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	> %.	81,97 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	5,2	12	99,38	1	1%	100%	5 *	5,2	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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.10	> N.	91,87	90,00	0,5	12	87,93	-2	-2%	30%	3 *	0,2	cio
		Rapporto tra il numero di casi conclusi nell'anno con almeno una erogazione e il numero di casi conclusi in AD/RSA												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
		B8.4.13	> N.		90,00	0,5	12	98,40	8	9%	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 101												
		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 Lunigiana -												
		Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes												

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

<b>C</b>	<b>Valutazione sanitaria</b>	C11a.1.1	< %.	103,75	111,80	0,0	12	146,64	35	31%	50%	5 *	0,0	
		Tasso ospedalizzazione Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
		C11a.2.1	< %.	14,27	9,00	0,0	12	22,90	14	154%	0%	1 *	0,0	
		Tasso ospedalizzazione Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
		C11a.3.1	< %.	5,76	27,00	0,0	12	10,47	-17	-61%	100%	5 *	0,0	
		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 Lunigiana												
		C13.2.1	< %.	73,17	62,14	0,0	12	66,19	4	7%	63%	0 *	0,0	M
		Tasso di prestazioni TC prescritte, extra PS, per 1.000 residenti												
		Gen-Ago 2015												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
		C7.7R	< %.	5,11	8,00	0,5	12	5,08	-3	-37%	100%	3 *	0,5	M
		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 Lunigiana												
<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C1.1	< N.	129,67	120,00	0,5	12	127,32	7	6%	64%	4 *	0,3	M
		Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti												
		consuntivo da verificare												
		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana												
		C5.1e	< N.	9,12	7,31	0,5	12	10,13	3	39%	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.	0,60	0,54	0,5	12	0,73	0	35%	0%	1 *	0,0	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 Lunigiana												

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

C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.1.2a	> %.	56,32	77,80	0,5	12	67,15	-11	-14%	80%	3 *	0,4	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	consuntivo da verificare												
		C11a.1.2b	> %.	46,15	68,40	0,5	12	55,47	-13	-19%	72%	3 *	0,4	M	cio
		% residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	consuntivo da verificare												
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.1.3	> %	49,36	69,20	0,5	12	52,45	-17	-24%	16%	1 *	0,1	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	consuntivo da verificare												
		C11a.1.4	> %	51,53	65,30	0,5	12	57,39	-8	-12%	63%	2 *	0,3	M	
		% residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	consuntivo da verificare												
		C11a.2.2	> %.	54,69	69,90	0,5	12	60,00	-10	-14%	55%	2 *	0,3	M	cio
		% residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	consuntivo da verificare												
	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C11a.2.3	>	45,83	46,50	0,0	12	47,86	1	3%	100%	4 *	0,0	M	
		Residenti con Diabete con almeno un esame della retina	consuntivo da verificare												
	Efficacia Assistenziale patologie croniche	C11a.5.1	> %	63,75	70,90	0,5	12	68,80	-2	-3%	100%	3 *	0,5	M	
		% residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	consuntivo da verificare												
C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2	< N.	577,08	583,73	0,5	12	507,53	-76	-13%	100%	0 *	0,5	M	
		Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	Gen-Ago 2015												
		C13.2.2.1	< %.	23,27	17,27	0,5	12	19,42	2	12%	94%	3 *	0,5	M	
		Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	Gen-Ago 2015												
		C13.2.2.2	< %.	7,36	7,62	0,5	12	6,51	-1	-15%	100%	5 *	0,5	M	
		% Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	consuntivo da verificare												
		C13.2.2.4	< N.	3.669,34	3.258,00	0,0	12	3.342,05	84	3%	80%		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.	10,16	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.	10,99	7,27	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 LUNIGIANA**

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

## Valutazione

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

C7	Materno Infantile	C7.16 Accesso area maternita\ del consultorio di donne straniere	> %.	85,19	85,19	0,5	12	87,50	2	3%	100%	5 *	0,5	M
			obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana									
			dato aggiornato fonte mes ottobre											
		C7.17 % primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	> %.	40,38	40,38	0,5	12	56,45	16	40%	100%	3 *	0,5	M
			obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana									
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	95,24	95,24	0,5	12	88,79	-6	-7%	50%	5 *	0,3	cio
			obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana									
		C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	> %.	17,16	17,16	0,5	12	19,84	3	16%	100%	2 *	0,5	M
			obiettivo 2016: 2016>2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana									
			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	> %.	26,79	48,62	0,5	12	48,57	0	0%	100%	2 *	0,5	M
			consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana									
		C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< %	0,00	4,40	0,0	12	10,00	6	127%	20%	2 *	0,0	cio
			consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo al presidio Osp. Fivizzano									
			Già in fase di di prima valutazione si era chiesto che il dato fosse valorizzato a livello zonale e come si può vedere dal consuntivo MeS che qui si allega, i ricoveri ripetuti per pazienti della Lunigiana nel 2016 sono stati solo 2.											
		C8a.13a Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< %	3,90	4,29	0,5	12	0,00	-4	-100%	100%	5 *	0,5	M
			consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana									
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 definre 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														
E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E2 Percentuale di assenza	< %.	9,53	6,77	0,0	12					0 *		cio
			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	2,6	12	796,00	-3	0%	100%		2,6	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									
2 - Obiettivi ECONOMICI						14,0	10,4							
2 - Obiettivi ECONOMICI						14,0	10,4							

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



## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

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	< €.	415.066,56	410.915,89	6,2	12	353.821,00	-57.095	-14%	100%	3	*	6,2	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 / aggior aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)													cts
		Euro01a-F12a.25.2	> %.	85,00		1,6	12	31,31	-54	-63%	67%	3	*	1,0		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 % dato calcolato a livello di Ausl NO													
		Euro02	< €.			0,0	12						*			
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	da definire preconsuntivo e budget valutazione del 2017-11-05: obiettivo annullato Obiettivo non pertinente per la struttura: la Zona Lunigiana ha una assegnazione alla SdS ad inizio anno													
		Euro03	< N.	106.440.738,8	105.376.331,46	6,2	12	116.699.591,96	11.323.260	11%	50%	vr	*	3,1		
		Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)	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

						34,0							30,1			
						3,0							2,5			
B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %	90,00		1,3	12	50,00	-40	-44%	56%		*	0,7		
		E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	da aggiornare pre-consuntivo % prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di ZONA DISTRETTO LUNIGIANA Totale													
		RT12	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*			
		Tempi di attesa: Portare il CUP a livello di MMG	obiettivo Non Valutabile: a viareggio e pisa alcuni medici prenotano già, lo strumento è predisposto manca accordo MMG													
		RT13	> si/no	1,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,3		
		Tempi di attesa: Riorganizzare le prestazioni di controllo (follow-up) con agende CUP prenotabili direttamente dall'MMG (n.percorsi con agende follow up dedicate in almeno 2 patologie croniche della Sanità d'Iniziativa)	lo strumento c'è, sulla ex asl105 ci sono servizi attivi su quasi tutte le AFT, 15 infermieri che fanno questo servizio negli ambulatori dei MMG e con il portatile fanno prenotazioni su sanità iniziativa; nella ex asl 101 il MMG contatta la centrale del													
		RT14	> si/no		1,00	0,5	12	1,00	0	0%	100%		*	0,5		
		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)													

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT15	> si/no	1,00	1,00	0,0	12						*		
Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0															
ok tutta la preparazione (valutazione coordinatore CUP del 2017-10-05)															
N.V. l'obiettivo è stato rinviato al 2017															
		RT16	> si/no	1,00	1,00	0,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,3	
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	0,3	12	1,00	0	0%	100%		*	0,3	
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						0,5							0,5		
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						2,5							2,5		
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	1,00	0	0%	100%		*	0,5	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	1,00	0	0%	100%		*	0,5	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															
modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria															
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	1,00	0	0%	100%		*	0,5	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															

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P31O06</b>	<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	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/> *	0,5	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															

<b>P31O07</b>	<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 0,5 0,5

<b>P31O01</b>	<u>Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori</u>	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 0,5 0,5

<b>P17O02</b>	<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	
Rispetto degli indicatori previsti dal MeS per il percorso cronicità del diabete															
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															

### 4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE 3,6 2,7

<b>P27O01</b>	<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"/> *	0,3	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?															

<b>P27O02</b>	<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 /															

<b>P27O03</b>	<u>Definizione e mappatura 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; Definire standard entro 31/12															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

<b>P27O04</b>	<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"/> *	0,3	M	
Stesura del progetto entro 31/12															
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Fatto per le cure palliative con il Meyer. Nessuna evidenza documento															

<b>P27O05</b>	<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

P27O06	<u>Omogeneizzare la gestione dei Farmaci in fascia H</u>	i-P27O06 Stesura protocollo entro 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	* 0,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza. Il documento non è ancora pronto														
P27O08	<u>Definire una scheda Assistenza domiciliare unica integrata</u>	i-P27O08 Definire una scheda entro 30/06	> si/no	0,00	1,00	0,5	12	0,80	0	-20%	80%	<input type="checkbox"/>	* 0,4	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Pervenuta la bozza della scheda della Lunigiana. Scheda definitiva? condivisa con i MMG?														
P27O12	<u>Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)</u>	i-P27O12 Definire dotazione entro il 31/12	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	cio
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato														
4 - Ob Az: MMG						2,5								2,4
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	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P29O02	<u>MMG: Definire un cruscotto per il monitoraggio degli obiettivi delle AFT</u>	i-P29O02 Predisporre una proposta (entro aprile)	> 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 /														
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					<input type="checkbox"/>	*	
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	0,5	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	* 0,5	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
P29O05	<u>Sperimentazione H16 in Piana di Lucca (si estende con nuovo AIA?)</u>	i-P29O05 Verifica possibilità di estensione: studio entro _____ da definire termine	> si/no	0,00	1,00	0,0	12					<input type="checkbox"/>	*	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / non valutabile per mancanza di accordo ACN nazionale														
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	0,5	12	0,70	0	-30%	70%	<input type="checkbox"/>	* 0,4	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					<input type="checkbox"/>	*	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	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						4,1								3,7		
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%		*	0,2	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	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 gestione 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	100,00	20	25%	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

5,1

4,8

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P32O08</b>	<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"/>	* 0,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il Doc è limitato al rapporto con il Don Gnocchi													
<b>P32O09</b>	<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													
<b>P32O10</b>	<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 /													
<b>P32O11</b>	<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 /													
<b>P32O12</b>	<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 /													
<b>P32O13</b>	<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
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / deliberato													
<b>P32O13a</b>		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
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													
<b>P32O14</b>	<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
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /													

### 4 - Ob Az: SALUTE MENTALE

3,0

2,1

<b>P24O01</b>	<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	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	0,30	-1	-70%	30%	0,2	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						2,0							
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° utenti)</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	<u>Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione</u>	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 UFSMA, UFSMIA 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	<u>SMA e SMIA Condivisione procedure e buone pratiche</u>	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						2,0							1,8	
-----------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----	--

P24O02a	<u>SALUTE MENTALE: SMIA Ridefinizione della rete delle strutture semiresidenziali</u>	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	<u>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.</u>	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	<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	0,5	12	0,50	-1	-50%	50%	*	0,3	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						3,0							2,7	
-----------------------------------------	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----	--

P28O01	<u>Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni</u>	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 LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P28O03</b>	<b>Proseguire nei progetti di case della salute</b>	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 /														
<b>P28O04</b>	<b>Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto</b>	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														
<b>P28O05</b>	<b>Mappare gli elettrocardiografi predisposti per la telerefertazione</b>	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%	*	0,3	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Invio schede tecniche cardiografi														
<b>P28O06</b>	<b>Sviluppare il quadro conoscitivo della presenza dei MMG nelle case della salute</b>	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'

14,0

13,8

### 5 - Obiettivi QUALITA'

14,0

13,8

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	Q01 GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1 - Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).	> %.	70,00	70,00	2,2	12	70,00	0	0%	100%	*	2,2	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	2,2	12	100,00	0	0%	100%	*	2,2	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														
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	5,4	12	3,00	0	0%	100%	3 *	5,4	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	2,2	12	81,54	-8	-9%	91%	*	2,0	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	1,1	12	100,00	0	0%	100%	*	1,1	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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

**Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016**

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

<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q04	> %	60,00	<b>1,1</b>	<b>12</b>	60,00	0	0%	100%	<b>1,1</b>	cio
		COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)									cts

ZD2

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Totale pesi

100,0

85,2

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)

ZD2LUN

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA L4

**Responsabile:**

Per il Comparto sanitario infermieristico/ostetrico Chiara Pini

101 1TZB1128

**U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA LUNIGIANA (101)**

ALESSANDRO GUIDI

## 1 - Obiettivi MeS

24,0

22,8

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

3,1

2,5	
-----	--

B7	Copertura vaccinale	B7.4 Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	> N.	9,04 <i>consuntivo da verificare</i>	25,00	1,2	12	11,20	-14	-55%	50% vr	1*	0,6	M	cio
															cts
<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>															
B8	Gestione Dati	B8.1 Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale	>	%.	82,70	80,00	0,0	12					3*		cio
															cts
<i>da considerare non valutabile per le zone distretto perchè valuta les fed spa, sdo, ivg, cap - (mail MP 2017-09-20)</i>															
		B8.4.1 Corretta identificazione del cittadino (SDO,SPA,SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	>	%.	100,00 <i>consuntivo da verificare</i>	98,50	0,6	12	99,38	1	1%	100%	5*	0,6	cio
															cts
		B8.4.11 Qualità del flusso informativo SDO	>	N.	96,66	95,00	0,6	12	97,36	2	2%	100%	4*	0,6	M
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	>	N.		90,00	0,6	12	98,40	8	9%	100%	*	0,6	cio
															cts
<i>fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101</i>															

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

19,7

19,1
------

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	>	%.	1,51	3,00	2,5	12	6,00	3	100%	100%	4 *	2,5	M	cio
			Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO													
<hr/>																
		C6.2.2	>	N.	3,24	6,00	2,5	12	8,00	2	33%	100%	5 *	2,5	M	cio
			Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)													cts
			dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO													
<hr/>																
		C6.5.5	>	N.	88,20	80,00	1,2	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,2		cio
			Indice di adozione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale													cts
			consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore													
			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	Pesi	Mese	Consuntivo 2016	Scost.Scost. %	Valutazione
--------------------	------------------	------	------	--------------------	-------------------	-------------

C6c	Rischio Clinico	C6.6	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	1,2	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,2		
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore																
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	1,2	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,2	M	
Anno 2014. Budget da definire																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche,(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)																
C8b	Integrazione Ospedale - Territorio	C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	> %.	26,79	48,62	3,7	12	48,57	0	0%	100%	2 *	3,7	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																
		C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	< %	0,00	4,40	0,0	12	10,00	6	127%	0%	0 *	0,0		
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo al presidio Osp. Fivizzano																
Già in fase di di prima valutazione si era chiesto che il dato fosse valorizzato a livello zonale e come si può vedere dal consuntivo MeS che qui si allega, i ricoveri ripetuti per pazienti della Lunigiana nel 2016 sono stati solo 2.																
		C8a.13a	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	< %	3,90	4,69	3,7	12	0,00	-5	-100%	100%	5 *	3,7	M	
consuntivo da verificare																
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9.4	Consumo di antidepressivi (SSRI)*	< < 35 DDD	61,64	35,00	0,0	12	51,47	16	47%	38%	0 *	0,0	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																
		C9.5	Consumo di altri antidepressivi	< < 7 DDD	13,15	7,00	0,0	12	10,13	3	45%	69%	2 *	0,0	M	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana																
	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N.		3,00	3,7	12	2,55	0	-15%	85%		3,1		
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza prescrittiva farmaceutica																

1,2		1,2
-----	--	-----

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

0,0 0,0

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

F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F12a.14	>	81,91	90,00	0,0	12	80,57	-9	-10%	50%	5*	0,0
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana													

F12a.25.2	% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	>	%.			0,0	12						
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													

Obiettivo annullato perché già valutato con obiettivo 'Euro01a-F12a.25.2

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0 15,0

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0 15,0

F	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	<	€.	14.564,60	14.418,95	7,5	12	4.460,04	-9.959	-69%	100%	3*	7,5	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 / aggior																
aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)																

Euro02	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	<	€.	5.721.782,00	5.664.564,00	7,5	12				100%	vr		7,5
valutaz. 2017-11-05: obiettivo valutato a livello complessivo														

Euro03	Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)	<	N.	106.440.738,85	105.376.331,46	0,0	12	116.699.591,96	11.323.260	11%	50%	vr		0,0
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														

Indicatore non pertinente per la struttura

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

46,0 37,2

## 3 - Obiettivi REGIONALI

8,0 7,7

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	>	%		90,00	2,0	12	75,00	-15	-17%	83%		1,7
E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)														
da aggiornare pre-consuntivo														
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA LUNIGIANA (101)														

RT16	> si/no	1,00	1,00	5.0	12	1.00	0	0%	100%		5.0
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)											

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

## 4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA

0,0 0,0

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



P31001	Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori	i-P31001	> SI/NO	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	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: SALUTE MENTALE

P24001	Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione	i-P24001a	> si/no	0,00	1,00	3,0	12	1,00	0	0%	100%	*	3,0	M
			Recepimento della DGRT 1080 del 2009 (entro il 31/12/2016)											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											
P24002	SMA Ridefinizione della rete delle strutture residenziali	i-P24002	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	0,80	0	-20%	80%	*	4,0	M
			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 compartecipazi											
			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											
P24003	SMA Organizzare un percorso con SPDC per la dimissione protetta	i-P24003	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
			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											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Documento con mappatura											
P24004a	SMA Psichiatria di iniziativa - Realizzazione dell'effettiva presa in carico entro 7 giorni	i-P24004a	> %	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M
			Indicatore MES C15.2											
			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											
P24005	SMA Riduzione della spesa farmaceutica attraverso una maggiore appropriatezza dell'uso e della prescrizione	i-P24005	> N.	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
			Almeno 1 incontri periodici con le AFT											
			Dip. Farmaco ADULTI											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / mancano le evidenze degli incontri											
			verbale inviato a dicembre 2017											
		i-P24005a	> N.	0,00	1,00	5,0	12	0,00	-1	-100%	0%	*	0,0	
			2 incontri periodici di monitoraggio con il Dipartimento Farmaco											
			Dip. Farmaco ADULTI											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / mancano le evidenze degli incontri											

#### 4 - Ob Az: SERT

P25004	Condivisione procedure e buone pratiche	i-P25004	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	M
			Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica											
			IPN,MS, DP., stella Maris ADULTI e MINORI											
			Verifica aggiornata al 2017-08-25 / riproposto nel 2017 in quanto la procedura prevedeva supporti informativi su cartella HTH											

#### 4 - Ob Az: SMA / SMIA

P24001	Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione	i-P24001	> si/no	0,00	1,00	5,0	12	1,00	0	0%	100%	*	5,0	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											

#### 4 - Ob Az: SMIA

<b>P30O03</b>	<b>Acquisire le migliori pratiche su: a) passaggio da SMIA a SMA; b) passaggio da SMIA a Riabilitazione</b>	i-P30O03	> SI/N O	0,00	1,00	5,0	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	2,5	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											

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

15,0

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,0	12	70,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			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								cts
Q01a			> %.	100,00	100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili								cts
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			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 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)								cts
Q03			> %		100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			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	3,0	12	60,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	cio
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								cts

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1TZB	<b>U.F. SALUTE MENTALE</b>	Totale pesi		90,0	
1128	<b>ADULTI ZONA LUNIGIANA</b>	100,0			
	<b>(101)</b>				

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

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

UO/UF

101\_1TZB1129 **U.F. SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA LUNIGIANA (101)**

ISABELLA BERNAZZANI

**1 - Obiettivi MeS****18,0****17,1****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****2,9****2,0**

<b>B7</b>	<b>Copertura vaccinale</b>	B7.4	> N.	9,04	25,00	1,7	12	11,20	-14	-55%	50%	vr	1*	0,9	M	cio
Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari																cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																
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																
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.1	> %.	82,70	80,00	0,0	12						3*			cio
Tempestività di trasmissione dei dati al Sistema Informativo Regionale																cts
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	0,6	12	99,38	1	1%	100%		5*	0,6		cio
Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)																cts
consuntivo da verificare																
		B8.4.13	> N.		90,00	0,6	12	98,40	8	9%	100%		*	0,6		cio
Qualità del flusso informativo SPA																cts
fonte dati di verifica infoview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101																

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****13,9****13,9**

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	3,5	12	4,00	1	33%	100%		4*	3,5	M	cio
Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)																cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	3,5	12	7,00	1	17%	100%		5*	3,5	M	cio
Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)																cts
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO																
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	2,3	12	88,20	8	10%	100%		4*	2,3		cio
Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale																cts
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore																
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO																
		C6.6	< %	2,42	3,00	2,3	12	2,66	0	-11%	100%		3*	2,3		cio
Capacità di controllo delle cadute dei pazienti																cts
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO																

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.7.1	> N.	83,33	100,00	<b>2,3</b>	12	100,00	0	0%	100%	4 *	<b>2,3</b>	M	cio
Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)															
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															

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

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2	< %.	8,24	6,77	<b>0,0</b>	12					<b>0</b> *		cio	
		Percentuale di assenza													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	<b>1,2</b>	12	796,00	-3	0%	100%		*	<b>1,2</b>	M	cio
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															

<b>2 - Obiettivi ECONOMICI</b>						<b>10,0</b>									<b>10,0</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

<b>2 - Obiettivi ECONOMICI</b>						<b>10,0</b>									<b>10,0</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01	< €.	1.529,96	1.514,66	<b>10,0</b>	12	1.000,82	-514	-34%	100%	3 *	<b>10,0</b>	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 / aggior															
aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)															

Euro01a-F12a.25.2	> %.	0.0	12						3 *		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 %										
	dato calcolato a livello di Ausl NO										

n.v. dato il basso consumo di prescrizione di farmaci

<b>3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI</b>						<b>59,0</b>									<b>53,1</b>
-----------------------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

<b>3 - Obiettivi REGIONALI</b>						<b>11,8</b>									<b>9,8</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT1	> %		90,00	<b>2,0</b>	12	0,00	-90	-100%	0%	*	<b>0,0</b>		
E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)															
da aggiornare pre-consuntivo															
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.F. SALUTE MENTALE INFANZIA E ADOLESCENZA LUNIGIANA (101)															

RT16	Percorso Superamento OPG: presa in carico dei pazienti di propria competenza ed attivazione del relativo progetto personalizzato (da valutare positivamente il limitato ricorso alle REMS e la predisposizione di percorsi alternativi)	> si/no				<b>0,0</b>	12					*			
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	--	--	--	------------	----	--	--	--	--	---	--	--	--

obiettivo non pertinente per la struttura

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M	cio cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															
<b>PPR-26</b>	<b>Individuazione precoce dei disturbi dello spettro autistico</b>	i-PPR26 N° di pediatri di libera scelta (PLS) che partecipano allo screening	> %	0,00	95,00	4,9	12	99,00	4	4%	100%	*	4,9	M	
Fonte RT esiti ppr															
		i-PPR26a Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	> si/no	0,00	1,00	3,9	12	1,00	0	0%	100%	*	3,9	M	
Fonte RT esiti ppr															
<b>4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA</b>						<b>1,0</b>								<b>1,0</b>	
<b>P31O01</b>	<b>Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori</b>	i-P31O01 Attuazione del documento sulla definizione delle competenze per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali (entro dicembre)	> SI/NO	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Relazione complessiva Maranto, coordinata con DSM															
<b>4 - Ob Az: SALUTE MENTALE</b>						<b>1,0</b>								<b>1,0</b>	
<b>P24O01</b>	<b>Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione</b>	i-P24O01a Recepimento della DGRT 1080 del 2009 (entro il 31/12/2016)	> si/no	0,00	1,00	1,0	12	1,00	0	0%	100%	*	1,0	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
<b>4 - Ob Az: SMA / SMIA</b>						<b>7,9</b>								<b>7,9</b>	
<b>P24O01</b>	<b>Verificare l'Organizzazione delle emergenze e formulare una proposta di omogeneizzazione</b>	i-P24O01 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	> si/no	0,00	1,00	7,9	12	1,00	0	0%	100%	*	7,9	M	
IPN,MS , DP., stella Maris ADULTI e MINORI Verifica aggiornata al 2017-08-25 / documento su ASO e TSO															
<b>4 - Ob Az: SMIA</b>						<b>37,4</b>								<b>33,4</b>	
<b>P24O02a</b>	<b>SALUTE MENTALE: SMIA Ridefinizione della rete delle strutture semiresidenziali</b>	i-P24O02a Documento riferito ai minori, contenente:1) valutazione della domanda complessiva2) proposta di strutturazione dell'offerta	> si/no	0,00	1,00	6,9	12	1,00	0	0%	100%	*	6,9	M	
Direttori DP , Professioni sanitarie MINORI Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
	<b>Ridefinizione della rete delle strutture RESIDENZIALI e SEMI-RESIDENZIALI (stesura di un capitolato per avviare una Gara sul residenziale)</b>	i-P24O02b Elaborazione progetto struttura residenziale per adolescenti tenendo presenti i tre livelli di intensità di cura	>	0,00	1,00	6,9	12	1,00	0	0%	100%	*	6,9	M	
<b>P24O04</b>	<b>SALUTE MENTALE: SMIA protocollo condiviso di presa in carico nel post ricovero per le emergenze</b>	i-P24O04 Definizione protocollo di presa in carico entro 31/12	> si/no	0,00	1,00	7,9	12	1,00	0	0%	100%	*	7,9	M	
ADULTI e MINORI Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
<b>P30O02</b>	<b>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.</b>	i-P30O02 1) definizione degli ambiti (entro aprile) e mappatura degli accordi di programma (entro giugno) 2) documento sulle prassi condivise (entro dicembre)	> SI/NO	0,00	1,00	7,9	12	1,00	0	0%	100%	*	7,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															

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

<b>P30O03</b>	<b>Acquisire le migliori pratiche su: a) passaggio da SMIA a SMA; b) passaggio da SMIA a Riabilitazione</b>	i-P30O03	> SI/N O	0,00	1,00	7,9	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	3,9	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											

## 5 - Obiettivi QUALITA'

13,0

13,0

## 5 - Obiettivi QUALITA'

13,0

13,0

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,0	12	70,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			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	3,0	12	100,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,0	cio
GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)			RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili								
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	3,0	cio
COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)			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 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)								
Q03			> %		100,00	2,0	12	100,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,0	cio
COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta			100% della documentazione corretta in controlli a campione (da parte di U.O. Comunicazione)			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	2,0	12	60,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	2,0	cio
COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)			60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)			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								

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì  
p1 P2 Valutazione  
p1 P2

101\_1TZB  
1129

**U.F. SALUTE MENTALE  
INFANZIA E ADOLESCENZA  
LUNIGIANA (101)**

Totale pesì 100,0

93,2

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)



UO/UF

101\_1TZB1131 **U.F. SERT ZONA LUNIGIANA (101)**

DANIELA MONALI

**1 - Obiettivi MeS****11,0****10,4****1 - Obiettivi MeS: B) 'PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI****2,2****1,6**

B7	Copertura vaccinale	B7.4	> N.	9,04	25,00	1,1	12	11,20	-14	-55%	50%	vr	1	0,5	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	1,1	12	99,38	1	1%	100%		5	1,1		cio	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF,FED, SEA, RFC86,HOSPICE,SALM,ISM,VACCINAZIONI,AD/RSA)	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												cts

**1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA****7,7****7,7**

C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,2	12	3,00	0	0%	100%	4 *	2,2	M	cio	
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. SERT ZONA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO												cts
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	2,2	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,2	M	cio	
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)		dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. SERT ZONA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO												cts
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,1		cio	
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore      \ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO												cts
		C6.6	< %	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	1,1		cio	
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												cts
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4 *	1,1	M	cio	
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		Anno 2014. Budget da definire dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO												cts
		gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche:(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)														

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

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

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E3	< %.	815,00	799,00	<b>1,1</b>	<b>12</b>	796,00	-3	0%	100%	<b>1,1</b>	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	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	52.503,97	51.978,93	7,5	12	52.752,86	774	1%	100%	vr	3*	7,5	
		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)														
Scostamento non significativo.																
		Euro01a-F12a.25.2	% di dimessi da visita specialistica ambulatoriale con erogazione in DD	> %.		85,00	0,0	12	100,00	15	18%	100%		3*	0,0	
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																
DD nei SERT riguarda la quasi totalità dei pazienti																
		Euro02	Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	5.721.782,00	5.664.564,00	7,5	12				100%	vr		7,5	
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																
valutaz. 2017-11-05: obiettivo valutato a livello complessivo																

### 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

### 3 - Obiettivi REGIONALI

<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2^ semestre)	> % da aggiornare pre-consuntivo		90,00	2,3	12	100,00	10	11%	100%	<input type="checkbox"/>	2,3	
<p>% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.F. SERT ZONA LUNIGIANA (101)</p>														
<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	1,2	M
<p>assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27</p>														
<b>PPR-07b</b>	<b>Diffusione di opuscoli informativi sui danni provocati dal consumo di tabacco e sui benefici della cessazione delle aree fragili</b>	i-PPR07b n° luoghi di aggregazione della popolazione ultra 64enne delle aree fragili a cui sono stati inviati gli opuscoli (valore atteso: 20)	> N.	0,00	20,00	5,8	12	33,30	13	67%	100%	<input type="checkbox"/>	5,8	M
<p>Il Gruppo ha utilizzato per la ricognizione di spesa le schede di monitoraggio regionale DGRT 1165/2002) che sono inviate dai Servizi ogni fine anno in RT. Verrà utilizzata come base la procedura della ex ASL di Pisa, con le opportune differenze tra le zo</p> <p>Fonte RT esiti ppr</p>														

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

PPR-07h	<u>Diffusione di opuscoli informativi sui danni provocati dal consumo di tabacco e sui benefici della cessazione delle aree fragili</u>	i-PPR07c	> si/no	0,00	1,00	5.8	12	1,00	0	0%	100%	*	5.8	M
		Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 30/09		Il Gruppo ha utilizzato per la ricognizione di spesa le schede di monitoraggio regionale DGRT 1165/2002) che sono inviate dai Servizi ogni fine anno in RT. Verrà utilizzata come base la procedura della ex ASL di Pisa, con le opportune differenze tra le zo										
				Fonte RT esiti ppr										

## 4 - Ob Az: SERT

P25O01	<u>Riorganizzare la rete dell'offerta sulla Residenzialità e Semiresidenzialità sulla base della DGRT 1165/2002 e successivi aggiornamenti</u>	i-P25O01	> si/no	0,00	1,00	13,9	12	1,00	0	0%	100%	*	13,9	M
		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		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	> si/no MMG	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'Iniziativa</u>	i-P25O03	> N. MMG	0,00	1,00	17,4	12	1,00	0	0%	100%	*	17,4	M
		Realizzare almeno un evento formativo-informativo tra SER.D e MMG		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /										
P25O04	<u>Condivisione procedure e buone pratiche</u>	i-P25O04	> si/no SMIA e SMA	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M
		Definizione di un protocollo per la presa in carico congiunta di utenti tossico-alcol dipendenti con patologia psichiatrica		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° utenti)</u>	i-P25O05	> si/no	0,00	1,00	12,7	12	1,00	0	0%	100%	*	12,7	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										
P25O07	<u>Istituzione centro antifumo</u>	i-P25O07	> si/no	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M
		Istituzione centro antifumo		valutazione del 2017-11-05										

## 5 - Obiettivi QUALITA'

5 - Obiettivi QUALITA'

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,0	12	70,00	0	0%	100%		*	3,0	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		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								cts	
<hr/>															
		Q01a	> %.	100,00	100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%		*	3,0	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili								cts	
<hr/>															
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	3,0	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)								cts	
<hr/>															
		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		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								cts	
<hr/>															
		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 % 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								cts	

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

Pesì  
p1 P2

Valutazione  
p1 P2

101\_1TZB  
1131

**U.F. SERT ZONA LUNIGIANA  
(101)**

Totale pesì 100,0

99,4

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

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

UO/UF

101\_1TZB1133 U.F. ASSISTENZA SOCIALE ZONA LUNIGIANA (101)

DANIELA GHELFI

## 1 - Obiettivi MeS

14,0

10,2

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

6,6

4,6

<b>B28</b>	<b>Cure Domiciliari</b>	B28.1.2	> %	10,78	11,51	0,7	12	12,35	1	7%	100%	5	0,7	M
		Percentuale di anziani in CD con valutazione	Gen-Ago 2015		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana									
		corretto dato di monitoraggio												
<b>B8</b>	<b>Gestione Dati</b>	B8.4.1	> %.	100,00	98,50	2,9	12	99,38	1	1%	100%	5	2,9	cio
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF, FED, SEA, RFC86, HOSPICE, SALM, ISM, VACCINAZIONI, AD/RSA)	consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
		B8.4.10	> N.	91,87	90,00	2,9	12	87,93	-2	-2%	30%	3	0,9	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 Lunigiana											
		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 2015 - Ausl NO									
		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 Lunigiana -									
		Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes												

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

5,9

4,1

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	2,9	12	0,00	-3	-100%	40%	4 *	1,2	cio
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. ASSISTENZA SOCIALE ZONA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO											
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	2,9	12	88,20	8	10%	100%	4 *	2,9	cio
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore		Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO									

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

1,5

1,5

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

E	VALUTAZIONE INTERNA (E)	E3	< %.	815,00	799,00	1,5	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,5	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	< €.	12.278,58	12.155,79	10,0	12	711,76	-11.444	-94%	100%	3	*	10,0	M	cio
		Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI														cts

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) - modifiche del 2017-09-21 mail LB

Euro03  
Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)

< N. 106.440.738,8 5 105.376.331,46

0,0

12

116.699.591,96

11.323.260

11%

50%

vr

\*

0,0

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

Indicatore non pertinente per la struttura

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

## 3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT17	> si/no	1,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2			
		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

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

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

## 4 - Ob Az: ASSISTENZA SOCIALE

T-MS003	Predisposizione dei capitolati socio-sanitari (1 capitolati)	T-MS003	> SI/N O	0,00	1,00	5,4	12	1,00	0	0%	100%	*	5,4	M		
		Predisposizione dei capitolati socio-sanitari (1 capitolati)														

T-MS004	Costituzione commissioni ad hoc e valutazione progetti	T-MS004	> SI/N O	0,00	100,00	5,4	12	100,00	0	0%	100%	*	5,4	M		
		Espletamento gare su Centri diurni alzheimer, Assistenza socio-sanitaria, Assistenza socio-assistenziale														

T-MS005	Attività della Commissione Verifica e Controllo sulle strutture residenziali e semiresidenziali della zona	T-MS005	> SI/N O	0,00	15,00	5,4	12	20,00	5	33%	100%	*	5,4	M		
		Attività della Commissione Verifica e Controllo sulle strutture residenziali e semiresidenziali della zona (> 15 controlli / sopralluoghi)														

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>T-MS006</b>	<b>Elaborazione ed invio alla RT del progetto entro il 30 aprile 2016</b>	T-MS006	> SI/N O	0,00	15,00	5,4	12	20,00	5	33%	100%	*	5,4	M
		Attività della Commissione Verifica e Controllo sulle strutture residenziali e semiresidenziali della zona (> 15 controlli / sopralluoghi)												
<b>T-MS007</b>	<b>Prevenzione del disagio giovanile</b>	T-MS007	> N.	0,00	200,00	3,2	12	201,00	1	1%	100%	*	3,2	M
		N° utenti inseriti nei centri giovanili												
<b>T-MS008</b>	<b>Proseguimento progetti sperimentali Regione Toscana (BIA)</b>	T-MS008	> si/no	0,00	1,00	5,4	12	6,00	5	500%	100%	*	5,4	M
		Proseguimento progetti sperimentali Regione Toscana (BIA)												
<b>T-MS009</b>	<b>Attivazione progetti sperimentali sulla disabilità</b>	T-MS009	> N.	0,00	6,00	5,4	12	7,00	1	17%	100%	*	5,4	M
		Attivazione progetti sperimentali sulla disabilità (> 6 progetti)												

### 4 - Ob Az: CONSULTORIO / SMIA

4,3

4,3

<b>P31O01</b>	<b>Approfondire il tema dei rapporti con il Tribunale e i diversi Servizi per quanto riguarda la tutela dei minori</b>	i-P31O01	> SI/N O	0,00	1,00	4,3	12	1,00	0	0%	100%	*	4,3	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: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE

2,1

2,1

<b>P27O05</b>	<b>Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")</b>	i-P27O05	> si/no	0,00	1,00	2,1	12	1,00	0	0%	100%	*	2,1	M
		Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06												

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

### 4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

10,7

10,0

<b>P26O01</b>	<b>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.</b>	i-P26O01	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	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												
<b>P26O02</b>	<b>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)</b>	i-P26O02	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	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												
<b>P26O03</b>	<b>Adottare lo schema tipo di convenzione quando sarà approvato dalla RT</b>	i-P26O03	> %	0,00	1,00	3,2	12	1,00	0	0%	100%	*	3,2	M
		Adottare schema tipo di ACCORDO che regolamenta i rapporti (definire data)												

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

Verifica aggiornata al 2017-08-25 /

Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Adottato libera scelta

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



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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

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	1,1	12	0,30	-1	-70%	30%		*	0,3	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	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	M	cio		
		Proposta del protocollo entro settembre		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017															
P26O09	PUA: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento	i-P26O09	>	%			0,0	12						*					
		Formazione commissione entro settembre per tutti i Distretti		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Obiettivo riproposto nel 2017															
		Obiettivo rinviato al 2017 in relazione alla tempistica adottata da Regione Toscana.																	
P26O09a	Rivedere e completare il censimento delle strutture residenziali e semiresidenziali per la disabilità definendo criteri di appropriatezza di gestione delle strutture stesse e conseguente mappatura dei livelli di compartecipazione:Analizzare il passaggio al	i-P26O09a	>	%	0,00	1,00	0,0	12						*					
		Elaborazione documento entro il ...		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	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	i-P26O10	>	%	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	M	cio		
		Proposta del protocollo entro il 30/09		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /															
4 - Ob Az: SMIA							4,3										2,7		
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	1,1	12	1,00	0	0%	100%		*	1,1	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	3,2	12	0,50	-1	-50%	50%		*	1,6	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															
5 - Obiettivi QUALITA'							15,0										15,0		
5 - Obiettivi QUALITA'							15,0										15,0		

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

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	3,0	12	70,00	0	0%	100%		*	3,0	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).		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								cts	
<hr/>															
		Q01a	> %.	100,00	100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%		*	3,0	cio
		GESTIONE SISTEMA QUALITA': aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		aggiornamento e invio dati correlati ai percorsi assistenziali di competenza (standard: secondo calendario definito dalla U.O. Assicurazione Qualità)		RF 16/08/2017: alla luce delle difficoltà espresse dalla resp. UO Qualità e accreditamento (mail del 13/07/2017 e del 16/08/2017 agli atti), tenuto conto che il 2016 è stato un anno di grande cambiamento, con rallentamento di alcune attività non ascrivili								cts	
<hr/>															
B2az	Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)	Q02	> N.		3,00	3,0	12	3,00	0	0%	100%	3	*	3,0	cio
		COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)		verbali da trasmettere al Controllo di gestione esclusivamente in formato elettronico entro il 31/12		valutata anche la fascia MeS in considerazione dell'esito dell'indagine di clima 2017 relativamente alla conoscenza del budget - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)								cts	
<hr/>															
		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		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								cts	
<hr/>															
		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 % 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								cts	

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

**ZONA DISTRETTO LUNIGIANA**

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1TZB	<b>U.F. ASSISTENZA SOCIALE</b>	Totale pesi		100,0	
1133	<b>ZONA LUNIGIANA (101)</b>			93,8	

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)

UO/UF

101\_1TZB1144

## U.F. ASSISTENZA SANITARIA DI COMUNITA' ZONA LUNIGIANA (101)

AMEDEO BALDI

## 1 - Obiettivi MeS

25,0

20,6

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

12,5

9,7

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.	71,07	70,00	0,5	12	61,54	-8	-12%	20%	2 *	0,1	
			Se viene approvato il progetto obiettivo dell'orario aggiuntivo relativo alle specialità monitorate			assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS								
		B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	74,83	74,83	0,5	12	75,24	0	1%	100%	3 *	0,5	M
			budget definito sul consuntivo 2015			assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS								
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	B22.1 N.corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	2,40	2,19	0,5	12	2,88	1	32%	100%	5 *	0,5	M
			consuntivo fonte MES; Monitoraggio fornito da Posteraro			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
		B22.2 N.corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente => 65 anni	> N.	5,00	3,86	0,5	12	6,02	2	56%	100%	5 *	0,5	M
			consuntivo fonte MES; Monitoraggio fornito da Posteraro			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
B24	Carta Sanitaria Elettronica (CSE)	B24.1 % Carte Sanitarie Elettroniche attivate da sportelli aziendali e farmacie territoriali (% TS-CNS e FSE attivati)	> %.	57,83	66,63	0,5	12	29,61	-37	-56%	30%	3 *	0,2	
			obiettivo adeguato al decr 6377; consuntivo 2014, da aggiornare al 2015			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO								
B26.1	Sanità d'Iniziativa	B26.1 % popolazione residente (età > 16) assistita da MMG aderenti ai moduli	> N.	84,12	80,00	2,2	12	86,01	6	8%	100%	4 *	2,2	M
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
B28	Cure Domiciliari	B28.1.2 Percentuale di anziani in CD con valutazione	> %	10,78	11,51	1,1	12	12,35	1	7%	100%	5 *	1,1	M
			Mantenimento della percentuale dell'anno precedente o comunque non inferiore all'obiettivo ATNO			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
			corretto dato di monitoraggio											
B7	Copertura vaccinale	B7.1 Copertura per vaccino MPR	> %.	86,70	95,00	0,5	12	89,59	-5	-6%	50%	vr 1 *	0,3	M
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
			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.	56,19	75,00	0,5	12	57,06	-18	-24%	50%	vr 1 *	0,3	M
			consuntivo da verificare			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana								
			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											

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

B7	Copertura vaccinale	B7.3	> %.	79,78	80,00	0,5	12	63,73	-16	-20%	50%	vr	1*	0,3	
		Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana									
		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	> N.	9,04	25,00	0,5	12	11,20	-14	-55%	50%	vr	1*	0,3	M
		Coperura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
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	> N.	88,56	95,00	0,5	12	92,20	-3	-3%	70%	vr	2*	0,4	M		
Copertura per vaccino antimeningococcico		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana											
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	> N.	91,22	95,00	0,5	12	93,55	-1	-2%	100%	vr	3*	0,5	M		
Copertura per vaccino antipneumococcico				dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana											
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	> N.	91,49	95,00	0,5	12	95,16	0	0%	100%		3*	0,5	M		
Copertura per vaccino esavalente		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana											
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	0,5	12	99,38	1	1%	100%		5*	0,5	
		Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF,FED,SEA,RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)		consuntivo da verificare		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO									
		B8.4.10	> N.	91,87	90,00	1,1	12	87,93	-2	-2%	30%		3*	0,3	
		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 Lunigiana											
		B8.4.13	> N.		90,00	1,1	12	98,40	8	9%	100%		*	1,1	
Qualità del flusso informativo SPA		fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101													
B8.4.3b	> N.			0,0	12							*			
Coerenza tra flusso AD RSA e modelli FLS21H (attività domiciliare) e STS24G (prestazioni residenziali)		consuntivo da verificare		I   I   I Dato 2015 - Ausl NO											
Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes															
B8.4.5	> N.			0,0	12							*			
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 Lunigiana -											
Indicatori non piu' calcolati sul Bersaglio Mes															
1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA				11,4	9,8										

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>C1</b>	<b>Capacità di governo della domanda</b>	C1.1 Tasso ospedalizzazione std per 1.000 residenti	< N.	129,67	120,00	0,0	12	127,32	7	6%	64%	4 *	0,0	M	
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
		C5.1e Percentuale di riammissioni non pianificate a 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa	< N.	9,00	7,31	0,5	12	8,51	1	16%	59%	3 *	0,3	M	
					consuntivo da verificare										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo al presidio Osp. Fivizzano
		C8b.2 Tasso std di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1000 residenti	< N.	0,60	0,54	0,5	12	0,73	0	35%	0%	1 *	0,0		cio
					Gen-Ago 2015										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
<b>C11a</b>	<b>Efficacia assistenziale delle patologie croniche</b>	C11a.1.2a % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	> %.	56,32	77,80	0,5	12	67,15	-11	-14%	80%	3 *	0,4	M	cio
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
		C11a.1.2b % residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	> %.	46,15	68,40	0,5	12	55,47	-13	-19%	72%	3 *	0,4	M	cio
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
	<b>Efficacia Assistenziale patologie croniche</b>	C11a.1.3 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitore - sartani	> %	49,36	71,39	0,0	12	52,45	-19	-27%	14%	1 *	0,0	M	
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
		C11a.1.4 % residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	> %	51,53	68,03	0,0	12	57,39	-11	-16%	56%	2 *	0,0	M	
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
		C11a.2.2 % residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	> %.	54,69	65,31	0,0	12	60,00	-5	-8%	70%	2 *	0,0	M	cio
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
		C11a.5.1 % residenti con Ictus in terapia antitrombotica. - ddd > 50% giorni di oss.	> %	63,75	70,86	0,0	12	68,80	-2	-3%	100%	3 *	0,0	M	
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
<b>C13</b>	<b>Appropriatezza diagnostica</b>	C13.2 Tasso di prestazioni di diagnostica per immagini	< N.	577,08	583,73	0,0	12	507,53	-76	-13%	100%	0 *	0,0	M	
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
		C13.2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< %.	23,27	17,27	0,0	12	19,42	2	12%	94%	3 *	0,0	M	
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
		C13.2.2.2 % Pazienti che ripetono le RM lomBari entro 12 mesi	< %.	7,36	7,62	0,0	12	6,51	-1	-15%	100%	5 *	0,0	M	
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
															aggiornato obiettivo in base al Valore Mes
		C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriata per 1.000 residenti	< N.	3.669,34	3.200,91	0,0	12	3.342,05	141	4%	70%		0,0	M	
					consuntivo da verificare;Monitoraggio										dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana
															obiettivo solo di osservazione per le zone

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

C13	Appropriatezza diagnostica	C13.2.2.5	< N.	10,16	6,78	0,0	12											
		Tasso std di prestazioni di Densitometrie a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	consuntivo da verificare;Monitoraggio		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana													
		obiettivo solo di osservazione per le zone																
		C13.2.2.7	< N.	10,99	7,27	0,0	12											
		Tasso std di prestazioni TC a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	consuntivo da verificare;Monitoraggio		Non Valutabile, non c'è più nell'archivio MeS 2016 e neanche tra gli obiettivi del decreto 6377													
		C13.2.2.8	<		40,82	0,0	12											
		Tasso std di prestazioni RM a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	consuntivo da verificare;Monitoraggio															
		obiettivo non valutabile non c'è piu' in archivio mes																
		C13.2.2.9	<	9,35	7,19	0,0	12	6,62	-1	-8%	100%							M
		Tasso std di prestazioni Dermatologia e Allergologia a rischio di inapproprietezza per 1.000 residenti	consuntivo da verificare;Monitoraggio		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana													
C6c	Rischio Clinico	C6.2.1	> %.	1,51	3,00	1,1	12	6,00	3	100%	100%	4						
		Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. ASSISTENZA SANITARIA DI COMUNITA' ZONA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2	> N.	3,24	6,00	1,1	12	6,00	0	0%	100%	5						
		Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. ASSISTENZA SANITARIA DI COMUNITA' ZONA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.5.5	> N.	88,20	80,00	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4						
		Indice di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente in aree tematiche specifiche: valutazione multidimensionale	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore		\ Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO													
		C6.6	< %	2,42	3,00	1,1	12	2,66	0	-11%	100%	3						
		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		C6.7.1	> N.	83,33	100,00	1,1	12	100,00	0	0%	100%	4						
		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)	Anno 2014. Budget da definire		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO													
		gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)																
		C9.1	< <=20up	38,20	20,00	0,0	12	30,40	10	52%	43%	1						M
C9a-F12b	Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	Consumo di inibitori di Pompa Protonica: antiacidi (ATC A02BC)impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana															
		C9.19.1	< <= 50%	64,14	50,00	0,0	12	65,53	16	31%	0%	1						
		Incidenza di adrenergici (ATC R03AK):farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie;impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															

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

<b>C9a-F12b</b>	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9.3 Incidenza dei sartani: farmaci agenti sul sistema renina-angiotensina (ATC C09);impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	< %. ≤ 30%	45,96	30,00	0,0	12	42,86	13	43%	19%	1*	0,0	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO														
		C9.4 Consumo di antidepressivi (SSRI)*	< %. ≤ 35 DDD/1000/die	61,64	35,00	0,0	12	51,47	16	47%	38%	0*	0,0	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
		C9.5 Consumo di altri antidepressivi	< %. ≤ 7 DDD/1000/die	13,15	7,00	0,0	12	10,13	3	45%	69%	2*	0,0	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
		C9.8.1.1 Consumo di antibiotici (ATC J01); impiego nei vari canali della farmaceutica territoriale	< %. ≤ 18 DDD/1000/die	19,81	18,00	0,0	12	15,53	-2	-14%	100%	3*	0,0	M
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	C9a-F12b Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica	> N. come da DGRT		3,00	3,8	12	2,55	0	-15%	85%	*	3,2	
il valore di verifica risulta dalla media tra gli indicatori MeS C9a Appropriatezza prescrittiva farmaceutica ed F12b Efficienza_prescrittiva_farmaceutica														
	<b>Appropriatezza ed Efficienza Farmaceutica</b>	F12a.25.4 Percentuale pazienti RSA con erogazione in DD	> %. ≥ 80%			0,0	12					*		

Obiettivo non valutato

## 1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA

<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2 Percentuale di assenza	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	8,24	6,77	0,0	12					0*		cio cts
obiettivo annullato in quanto al 2017-10-27 non sono ancora disponibili dati di verifica per centro di responsabilità, il peso è redistribuito sugli altri indicatori dell'area strategica														
		E3 Tasso di infortuni dei dipendenti	< %. Consuntivo 2015 ex asl; budget tarato sull'anno precedente, eventualmente da rivedere	815,00	799,00	1,1	12	796,00	-3	0%	100%	*	1,1	cio 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														

## 1 - Obiettivi MeS: F) VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA

<b>F12b</b>	<b>Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>	F12a.14 % molecole presenti nelle liste di trasparenza	> %. ≥ 90%	81,91	90,00	0,0	12	80,57	-9	-10%	50%	5*	0,0	
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana														
		F12a.21.1 Colecalciferolo. Costo medio per 12,5 DDD (pari a 10.000 UI)	< %. ≤ 0,25 euro	2,48	25,00	0,0	12	2,48	-23	-90%	100%	*	0,0	
Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO														
		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 %			0,0	12					*		
dato calcolato a livello di Ausl NO														

Obiettivo annullato perché già valutato con obiettivo "Euro01a-F12a.25.2"

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



<b>F12b</b>	<b>Efficienza prescrittiva farmaceutica</b>	F12a.25.3 Incidenza farmaci DPC in convenzionata	> %. ≤ 0,5%	0,50	0,0	12	2,23	2	347%	100%	*	0,0
-------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------	------	-----	----	------	---	------	------	---	-----

dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

## 2 - Obiettivi ECONOMICI

15,0

15,0

<b>F</b>	<b>Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa</b>	Euro01 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di BENI SANITARI E NON SANITARI	< €.	252.417,21	249.893,04	9,2	12	246.794,83	-3.098	-1%	100%	3	*	9,2	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)

Euro02 Rispetto del vincolo assegnato per consumi di SERVIZI SANITARI	< €.	5.721.782,00	5.664.564,00	5,8	12				100%	vr	*	5,8
--------------------------------------------------------------------------	------	--------------	--------------	-----	----	--	--	--	------	----	---	-----

valutaz. 2017-11-05: obiettivo valutato a livello complessivo

Euro03 Rispetto del budget assegnato quale Centro di risorsa (Budget del GESTORE)	< N.	106.440.738,8	105.376.331,46	0,0	12	116.699.591,96	11.323.260	11%	50%	vr	*	0,0
--------------------------------------------------------------------------------------	------	---------------	----------------	-----	----	----------------	------------	-----	-----	----	---	-----

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

Indicatore non pertinente per la struttura

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

45,0

42,7

## 3 - Obiettivi REGIONALI

7,8

6,6

<b>B1c1</b>	<b>Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)</b>	RT1 E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)	> %	90,00	1,2	12	0,00	-90	-100%	0%	*	0,0
-------------	------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-------	-----	----	------	-----	-------	----	---	-----

da aggiornare pre-consuntivo

% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricetta assegnato (RFC119) - dato calcolato a livello di U.F. ASSISTENZA SANITARIA DI COMUNITA' ZONA LUNIGIANA (101)

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	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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	1,00	0,6	12	1,00	0	0%	100%	*	0,6
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------	------	-----	----	------	---	----	------	---	-----

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>B3a</b>	<b>Trasparenza - Anticorruzione - Comunicazione - Semplificazione - Privacy</b>	RT5 Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	cio cts
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															
<b>PPR-13</b>	<b>Sanità d'iniziativa</b>	i-PPR13 Percentuale di assistiti con diabete arruolati sul totale degli assistiti.	> %			0,0	12					*			
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)															
		i-PPR13a Medici di medicina generale (MMG) che attivano l'arruolamento di assistiti ipertesi con alto rischio cardiovascolare.	> % Monitoraggio			0,0	12					*			
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)															
		i-PPR13b Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M	
Fonte RT esiti ppr															
		i-PPR13c Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	
Fonte RT esiti ppr															
<b>PPR-17</b>	<b>Percorso ass.le per il bambino in eccesso ponderale</b>	i-PPR17 Bilanci di salute effettuati dai pediatri di libera scelta (PLS)	> %	0,00	75,00	0,6	12	84,00	9	12%	100%	*	0,6	M	
Fonte RT esiti ppr															
		i-PPR17a Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	
Fonte RT esiti ppr															
<b>PPR-18</b>	<b>PNP - RIABILITAZIONE: Mantenere la copertura territoriale dei corsi AFA raggiunta in Toscana</b>	i-PPR18a Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	> si/no	0,00	1,00	1,2	12	1,00	0	0%	100%	*	1,2	M	
Fonte RT esiti ppr															
<b>PPR-19</b>	<b>PNP - RIABILITAZIONE: Interventi di prevenzione di caduta nell'anziano basati sulla diffusione del programma di esercizi Otago</b>	i-PPR19 N. ZD in cui il programma OEP è implementato	> N. Monitoraggio	0,00	10,00	0,0	12	6,00	-4	-40%	60%	*	0,0	M	
		i-PPR19a Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	*	0,0	M	
Fonte RT esiti ppr															
<b>PPR-20</b>	<b>Educazione terapeutica delle persone con diabete mellito</b>	i-PPR20 Numero di prestazioni di educazione terapeutica per persone con diabete mellito 1 e 2 erogate dalle Az. UsI	> N. Monitoraggio	0,00	90.000,00	0,0	12	101.953,00	11.953	13%	100%	*	0,0	M	
Fonte RT esiti ppr															

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>PPR-20</b>	<b>Educazione terapeutica delle persone con diabete mellito</b>	i-PPR20a Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Fonte RT esiti ppr														
<b>PPR-26</b>	<b>Individuazione precoce dei disturbi dello spettro autistico</b>	i-PPR26 N° di pediatri di libera scelta (PLS) che partecipano allo screening	> % Monitoraggio	0,00	95,00	0,0	12	99,00	4	4%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Fonte RT esiti ppr														
		i-PPR26a Invio del monitoraggio al coordinatore del tavolo della prevenzione entro il 10/7	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Fonte RT esiti ppr														
<b>4 - Ob Az: CDG</b>						<b>3,6</b>								<b>3,6</b>
<b>P29O06</b>	<b>Definire modalità uniformi di controlli e compliance ADI-ADP-PPIP da effettuare almeno nel 5% dei casi</b>	i-P29O06 Predisporre le indicazioni operative (entro giugno)	> si/no	0,00	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	3,6	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>4 - Ob Az: DOMICILIARE E CURE INTERMEDIE</b>						<b>2,4</b>								<b>1,9</b>
<b>P27O01</b>	<b>Sviluppare un Modello aziendale di PICC team</b>	i-P27O01 Definizione di progetto entro 30/06	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Il documento inviato fa riferimento alla ex Asl 5 Pisa. Quale sviluppo in ATNO?														
<b>P27O02</b>	<b>Redigere un modello innovativo di percorso di impiego dei farmaci H sul territorio da sottoporre a RT</b>	i-P27O02 Stesura della bozza di protocollo entro 31/12	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P27O03</b>	<b>Definizione e mappatura delle strutture di cure intermedie attuali e proposta di definizione di standard di posti letto e procedure per Zona Distretto</b>	i-P27O03 Definire mappatura entro 30/04; Definire standard entro 31/12	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P27O04</b>	<b>ADI pediatrica: definire un progetto ad hoc con Meyer per le dimissioni di casi gravi e per la formazione degli infermieri del territorio</b>	i-P27O04 Stesura del progetto entro 31/12	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Fatto per le cure palliative con il Meyer. Nessuna evidenza documento														
<b>P27O05</b>	<b>Uniformare le procedure per dimissioni difficili ("accordo di servizio H/T")</b>	i-P27O05 Attivazione di un tavolo di lavoro entro il 30/06	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /														
<b>P27O06</b>	<b>Omogeneizzare la gestione dei Farmaci in fascia H</b>	i-P27O06 Stesura protocollo entro 30/06	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza. Il documento non è ancora pronto														
<b>P27O07</b>	<b>Standardizzare le procedure per :a)dimissioni difficili con tutti gli H e A.O.; b) NAD</b>	i-P27O07 Realizzazione di report al 31/12	> si/no Monitoraggio	0,00	1,00	0,0	12	0,50	-1	-50%	50%	<input type="checkbox"/>	0,0	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Nessuna evidenza														
<b>P27O08</b>	<b>Definire una scheda Assistenza domiciliare unica integrata</b>	i-P27O08 Definire una scheda entro 30/06	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	0,80	0	-20%	80%	<input type="checkbox"/>	1,9	M
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / Pervenuta la bozza della scheda della Lunigiana. Scheda definitiva? condivisa con i MMG?														

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

<b>P27O12</b>	<b>Dotare il personale di palmari per ridurre i tempi di inserimento dati delle prestazioni domiciliari e per le comunicazioni (già utilizzata nella Asl 1)</b>	i-P27O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		cio
		Definire dotazione entro il 31/12		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / l'obiettivo è stato annullato											

## 4 - Ob Az: MMG

16,2

16,0

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	> si/no	0,00	1,00	6,0	12	1,00	0	0%	100%		*	6,0	M
		Predisporre una tavola sinottica e una proposta (entro aprile)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											
P29O02	MMG: Definire un cruscotto per il monitoraggio degli obiettivi delle AFT	i-P29O02	> si/no	0,00	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%		*	3,6	M
		Predisporre una proposta (entro aprile)		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	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
		Stabilire dotazioni standard di specialisti per i percorsi della cronicità utilizzando anche gli specialisti dell'Area medica.: Predisporre una proposta (entro dicembre)		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	> si/no	0,00	1,00	3,6	12	1,00	0	0%	100%		*	3,6	M
		Predisporre una proposta (entro aprile)		Verifica aggiornata al 2017-08-25 /											
P29O07	Raggiungere i LEA sull'e-prescription (compreso dematerializzazione)	i-P29O07	> %	0,00	1,00	0,6	12	0,70	0	-30%	70%		*	0,4	M
		Raggiungere i LEA sull'e-prescription (compreso dematerializzazione): raggiungere l'obiettivo regionale		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	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		cio
		Definizione di un progetto condiviso entro giugno		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	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)		Monitoraggio		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	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	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 riattivazione delle cronicità (es: prevedere attivazione dav service)	i-P29O12	> si/no	0,00	1,00	0,0	12						*		
		Definizione accordo entro il ...		Monitoraggio		Verifica aggiornata al 2017-08-25 / non valutabile									

## 4 - Ob Az: NON AUTOSUFFICIENZA

2,4

2,4

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

## Budget, Monitoraggio e Verifiche anno 2016

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

P26O05	<u>UVM: omogenizzare composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valutazione tenendo conto delle normative regionali di riferimento</u>	i-P26O05 Proposta del protocollo entro settembre	> %	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	M	cio
Monitoraggio Verifica aggiornata al 2017-08-25 / E' diventato anche un obiettivo del 2017																
P26O06	<u>Approfondire i Sistemi Informativi attualmente in uso (organizzare una demo sull'applicativo di Livorno con ESTAR) e proporre una proposta di gestionale unica.</u>	i-P26O06 Proposta da sottoporre alla direzione entro giugno	> %	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	M	cio
Monitoraggio Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
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	2,4	12	100,00	20	25%	100%		*	2,4	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.																
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 compartecipazioni</u>	i-P26O10 Proposta del protocollo entro il 30/09	> %	0,00	1,00	0,0	12	1,00	0	0%	100%		*	0,0	M	cio
Monitoraggio Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																

## 4 - Ob Az: PREVENZIONE

0,6

0,6

PPR-18	<u>PNP - RIABILITAZIONE: Mantenere la copertura territoriale dei corsi AFA raggiunta in Toscana</u>	i-PPR-18 N° di Comuni che hanno attivato i corsi AFA / N° di Comuni toscani (valore atteso: >= 75%)	> %	0,00	75,00	0,6	12	100,00	25	33%	100%		*	0,6	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / esiti monitoraggio regionale PRP 2016																

valore zona - fonte report afa

## 4 - Ob Az: TERRITORIO CASA DELLA SALUTE

12,0

11,5

P28O01	<u>Mappare presidi, Case della salute e distinguere i punti prelievo tra ASL e presso le Associazioni</u>	i-P28O01 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 31/03	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
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 Mappatura anagrafica e allineamento con modelli ministeriali entro il 30 giugno	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
P28O03	<u>Proseguire nei progetti di case della salute</u>	i-P28O03 Elaborazione di uno schema progettuale entro il 30 giugno	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																
P28O04	<u>Sviluppare la rete della Telemedicina partendo dalle buone pratiche in atto</u>	i-P28O04 Elaborazione progetto specifico entro il 30 Giugno	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	0,80	0	-20%	80%		*	1,9	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / progetto in bozza																
P28O06	<u>Sviluppare il quadro conoscitivo della presenza dei MMG nelle case della salute</u>	i-P28O06 Presenza oraria/eventuali compensi aggiuntivi/compartecipazione costi. Entro 31/03	> si/no	0,00	1,00	2,4	12	1,00	0	0%	100%		*	2,4	M	
Verifica aggiornata al 2017-08-25 /																

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

## 5 - Obiettivi QUALITA'

## 5 - Obiettivi QUALITA'

B23	Qualità e Accreditamento	Q01	> %.	70,00	70,00	2,0	12	70,00	0	0%	100%		2,0	
GESTIONE SISTEMA QUALITA': ex asl 1- Verifica aggiornamento e armonizzazione delle procedure di struttura (Standard: entro dicembre); ex asl 2 e 12 - aggiornamento delle procedure su format standardizzato per la nuova azienda (Standard: entro dicembre); ex asl 5 - applicazione delle check list note come "Nuove Norme di Buona Qualità"(Standard: 70% delle check list di competenza); ex asl 6 - aggiornamento/redazione del Documento Organizzativo di Struttura (Standard: entro dicembre).			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	2,0	12	100,00	0	0%	100%	*	2,0	
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	5,0	12	3,00	0	0%	100%	3	5,0	
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 - numero verbali inviati al Controllo di gestione al 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)								
Verbalì inviati al cgd con mail del 25/07/2017														
Q03			> %		100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0	
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	3,0	12	60,00	0	0%	100%	*	3,0	
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								

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1TZB	<b>U.F. ASSISTENZA SANITARIA</b>	Totale pesi		93,2	
1144	<b>DI COMUNITA' ZONA</b>	100,0			
	<b>LUNIGIANA (101)</b>				

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

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

101 1TZB1210

**U.F. ATTIVITA' CONSULTORIALI ZONA LUNIGIANA (101)**

MATTEO MANZIN

## 1 - Obiettivi MeS

36,0

30,8

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

19,6

15,3	
------	--

B20.a	Tempi di attesa per prime visite specialistiche e prestazioni diagnostiche	B20c.1 Disponibilità per visite specialistiche entro 15gg dalla prenotazione	> %.			0,0	12					2 *				assume valore dell'indicatore B20C.1 Disponibilità per visite entro 15 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO fonte MeS	
		B20c.2 prime disponibilità per visite e prestazioni diagnostiche	> %.	74,83	74,83	2,2	12	75,24	0	1%	100%	3 *	2,2	M		Non pertinente per attività consultoriale in quanto in contraddizione con la mission del consorzio e l'obiettivo aziendale P31O06.  assume il valore dell'indicatore B20C.2 Disponibilità per prestazioni diagnostiche (TC/RM) entro 30 giorni dalla prenotazione - livello di calcolo ATNO, fonte MeS	
B5	Estensione ed adesione allo screening	B5.2.1 Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> %.	124,97	95,39	7,6	12	112,42	17	18%	100%	5 *	7,6	cio		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana	cts
		B5.2.2 Adesione corretta dello screening cervice uterina	> %.	70,14	60,00	7,6	12	54,06	-6	-10%	50% vr	2 *	3,8			dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana	
																Si riconosce una parziale possibilità di incidere sull'adesione da parte dei consulenti	
B7	Copertura vaccinale	B7.3 Copertura per vaccino HPV (papilloma virus)	> %.	79,78	80,00	0,5	12	63,73	-16	-20%	50% vr	1 *	0,3	cio		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana	
																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.	9,04	25,00	0,5	12	11,20	-14	-55%	50% vr	1 *	0,3	M	cio	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 Corretta identificazione del cittadino (SDO, SPA, SPF,FED, SEA, RFC86,HOSPICE,SALM,ISM ,VACCINAZIONI,AD/RSA)	> %.	100,00	98,50	0,5	12	99,38	1	1%	100%	5 *	0,5	cio		dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO	cts
		B8.4.13 Qualità del flusso informativo SPA	> N.		90,00	0,5	12	98,40	8	9%	100%	*	0,5	cio		fonte dati di verifica infview regionale su monitoraggio art. 50 (report marzo 2017 - ricette con errori tipo 0 e 1) ex asl 101	cts

## 1 - Obiettivi MeS: C) VALUTAZIONE SANITARIA

15,3

14,4

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



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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>C6c</b>	<b>Rischio Clinico</b>	C6.2.1 Indice di diffusione degli Audit (strutture ospedaliere e territoriali)	> %.	1,51	3,00	2,2	12	4,00	1	33%	100%	4 *	2,2	M	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. ATTIVITA' CONSULTORIALI ZONA LUNIGIANA (101) - fascia relativa alla Ausl TNO															
		C6.2.2 Indice di diffusione delle M&M (strutture ospedaliere e territoriali)	> N.	3,24	6,00	2,2	12	6,00	0	0%	100%	5 *	2,2	M	cio
dati estratti da gestionale regionale e comunicati dai responsabili Rischio Clinico area nord ed area sud, livello di calcolo U.F. ATTIVITA' CONSULTORIALI ZONA LUNIGIANA (101) - 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	1,1	12	88,20	8	10%	100%	4 *	1,1		cio
consuntivo 2015, budget in base alla dgrt 208/2016 e mantenimento se consuntivo migliore     Dato 2016 - Ausl NO \ Dato 2016 - Ausl NO															
		C6.6 Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	< %	2,42	3,00	0,5	12	2,66	0	-11%	100%	3 *	0,5		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.	83,33	100,00	0,5	12	100,00	0	0%	100%	4 *	0,5	M	cio
dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla Ausl NO															
gli eventi sentinella dell'ambito territoriale della ex asl 101 (4 casi) sono stati tutti gestiti nel rispetto delle tempistiche;(mail Clinical Risk manager MDA del 2017-10-12)															
<b>C7</b>	<b>Materno Infantile</b>	C7.16 Accesso area maternità\ del consultorio di donne straniere	> %.	85,19	85,19	2,2	12	87,50	2	3%	100%	5 *	2,2	M	
obiettivo: mantenimento 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana															
		C7.17 % primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	> %.	40,38	40,38	2,2	12	56,45	16	40%	100%	3 *	2,2	M	
obiettivo: media RT 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana															
dato aggiornato fonte mes ottobre															
		C7.18 % donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	> %.	95,24	63,33	2,2	12	88,79	25	40%	100%	5 *	2,2		cio
consuntivo da verificare dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana															
		C7.19.1 Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	> %.	17,16	23,65	2,2	12	19,84	-4	-16%	61%	2 *	1,3	M	cio
obiettivo: media RT 2015 dato di verifica e fascia bersaglio MeS relativo alla zona Lunigiana															
Dato Mes aggiornato ad Ottobre 2017															
<b>1 - Obiettivi MeS: E) VALUTAZIONE INTERNA</b>						<b>1,1</b>									
<b>E</b>	<b>VALUTAZIONE INTERNA (E)</b>	E2 Percentuale di assenza	< %.	8,24	6,77	0,0	12					0 *			cio
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	1,1	12	796,00	-3	0%	100%		1,1	M	cio
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

E	Valutazione Economico Finanziaria ed Efficienza operativa	Euro01	< €.	13.476,61	13.341,84	5,0	12	12.671,60	-670	-5%	100%	3 *	5,0	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 / aggior															
aggiornata la verifica 2016 (mail LB 02/08/2017)															
Euro02															
< €.															
5.721.782,00															
5.664.564,00															
5,0															
12															
100%															
vr *															
5,0															
valutaz. 2017-11-05: obiettivo valutato a livello complessivo															

## 3e4 - Obiettivi REGIONALI ed AZIENDALI

## 3 - Obiettivi REGIONALI

B1c1	Perseguimento delle Strategie regionali: Informatizzazione (az)	RT1	> %			0,0	12					*		M	cio
E-Prescription: percentuale prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica dematerializzate (obiettivo previsto >90%)(2° semestre)															
da aggiornare pre-consuntivo															
% prescrittori specialisti su medici specialisti con almeno un ricettario assegnato (RFC119 anno 2015) (dato di exAsl 101 a dicembre 2016)															
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	> si/no	0,00	1,00	1,4	12	1,00	0	0%	100%	*	1,4	M	cio
Trasparenza e anticorruzione: rispetto indicazioni del responsabile aziendale															
assenza di contestazioni, dichiarazione resp. anticorruzione e trasparenza del 2017-09-27															

## 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	5,6	12	1,00	0	0%	100%	*	5,6	M	cio
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	5,6	12	1,00	0	0%	100%	*	5,6	M	cio
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	2,8	12	1,00	0	0%	100%	*	2,8	M	cio
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															
modificata descrizione indicatore riportandola alla definizione originaria															
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	5,6	12	1,00	0	0%	100%	*	5,6	M	cio
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															

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

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

## ZONA DISTRETTO LUNIGIANA

Budget, Monitoraggio e Verifiche anno **2016**

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

<b>P31O06</b>	<b>Individuare buone pratiche sui percorsi e renderle omogenee su tutto il territorio (divisione percorsi consultoriali dagli ambulatoriali)</b>	i-P31O06	> SI/N O	0,00	1,00	5,6	12	1,00	0	0%	100%	* 5,6	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 dice														
Verifica aggiornata al 2017-08-25 / In alcune zone non risulta la parte specifica di sviluppo del progetto														
<b>P31O07</b>	<b>Omogeneizzazione del percorso del cervico vaginale</b>	i-P31O07	> SI/N O	0,00	1,00	0,0	12					*		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														
Non valutabile come segnalato anche dal referente del gruppo di lavoro. Al momento gestito solo con professione ostetrica x formazione														
<b>T-MS010</b>	<b>Incontri informativi sulla sindrome climaterica e la menopausa</b>	T-MS010	> N.	0,00	2,00	0,0	12	2,00	0	0%	100%	* 0,0	M	
Incontri informativi sulla sindrome climaterica e la menopausa (almeno 2 incontri)														
valutazione del 2017-11-05														
<b>T-MS012</b>	<b>Profilassi e riabilitazione del perineo</b>	T-MS012	> N.	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	* 4,2	M	
N° donne che accedono all'ambulatorio della profilassi														
Obiettivo raggiunto. Tutte le donne che accedono ai CAN vengono addestrate per la profilassi (N° 160 donne)														
		T-MS012a	> N.	0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%	100%	* 4,2	M	
N° donne che accedono alla riabilitazione perineale														
Obiettivo raggiunto. Si è individuata un'ostetrica deputata alla fisiochinesi terapia per le riabilitazioni ginecologiche e puerperali. L'ambulatorio dedicato è stato attivato nel mese di novembre con la presa in carico di 7 donne														
<b>T-MS013</b>	<b>Gestione delle prenotazioni attività consultoriale tramite agenda informatizzata interna secondo il modello di costa (CUP Interno)</b>	T-MS013	> N.	0,00		0,0	12					*		
Attivazione agenda informatizzata entro il 30/06														
Obiettivo annullato:Sono state aperte agende informatizzate ma non sono state attivate in quanto si attendeva l'installazione della nuova procedura CUP 2.0, partita nel 2017														
<b>T-MS014</b>	<b>Partecipazione studio di fattibilità attivazione ambulatorio gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica consultoriale</b>	T-MS014		0,00	1,00	4,2	12	1,00	0	0%		*		M
Partecipazione studio di fattibilità attivazione ambulatorio gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica consultoriale: Elaborazione documento entro il 30/06														

## 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

12,9

### 5 - Obiettivi QUALITA'

15,0

12,9

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

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

<b>B23</b>	<b>Qualità e Accreditamento</b>	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	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0	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														
<b>B2az</b>	<b>Valutazione interna: Governo delle risorse umane (az)</b>	Q02 COMUNICAZIONE: Riunioni interne per la diffusione e condivisione di informazioni sulla programmazione e i risultati (riunioni verbalizzate)	> N.		3,00	3,0	12	0,00	-3	-100%	30%	3	0,9	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 25/07/2017 (personale medico) (mail LP del 25/07/2017)														
		Q03 COMUNICAZIONE: Uso corretto del logo e delle intestazioni nella documentazione autoprodotta	> %		100,00	3,0	12	100,00	0	0%	100%	*	3,0	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														
		Q04 COMUNICAZIONE: Partecipazione agli eventi informativi aziendali (60 % del personale della struttura, dirigenza e comparto)	> %		60,00	3,0	12	60,00	0	0%	100%	*	3,0	cio cts
60 % del personale della struttura (dirigenza e comparto)														
Si elencano i principali eventi considerati: - pillole di organizzazione rivolte ai direttori di UO, PO e coordinatori, e - a cascata - da tutte le strutture organizzative su propri operatori, con le informazioni sulla rimodulazione in corso in ambito azi														

		<u>Pesi</u>		<u>Valutazione</u>	
		<u>p1</u>	<u>P2</u>	<u>p1</u>	<u>P2</u>
101_1TZB	<b>U.F. ATTIVITA'</b>	<b>Totale pesi</b>		<b>100,0</b>	
1210	<b>CONSULTORIALI ZONA</b>			<b>88,5</b>	
	<b>LUNIGIANA (101)</b>				

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

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