













**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Cardiologia UTIC Ospedale Villa Scassi**  
**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	10	0	Vedi scheda allegata - Obiettivo raggiunto	10		0	
	2	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5
Performance	1	Mantenimento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		15		0	
	2	Elaborazione protocollo per la gestione integrata cardio-nefrologica dei pazienti affetti da insufficienza renale e scompenso cardiaco S.C. Nefrologia e Dialisi, S.C. Cardiologia-UTIC Ospedale Villa Scassi	- elaborazione protocollo '- numero di visite specialistiche (nefrologiche + cardiologiche) effettuate dal team = ≥ 30 '- numero di sedute di CRRT gestite dal team = : ≥ 5	entro il 30/04 elaborazione protocollo Risultati attesi anno 2019: ≥ 30 Risultati attesi anno 2019: ≥ 5	POU	5	5	Relazione Direttore SC: il 25/1/2019 è stato attivato un protocollo di collaborazione tra cardiologi e nefrologi per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco e insufficienza renale. Tale protocollo prevedeva la possibilità di eseguire, in tempi brevi, visite cardiologiche e nefrologiche ambulatoriali in pazienti con scompenso cardiaco e problemi renali. Sono state effettuate in tutto 31 visite. La collaborazione prevedeva anche il trattamento dei pazienti scompensati con tecnica CRRT; sono stati trattati in tutto 5 pazienti Obiettivo raggiunto	5		5	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Cardiologia UTIC Ospedale Villa Scassi**  
**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S. D. Assistenza sanitaria di base	5	0	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75		0	
	4	Presa in carico del Paziente con cardiopatia ischemica: schema di controlli post-dimissione finalizzati alla prevenzione secondaria.	<p><b>Fase intraospedaliera</b></p> <p>1. numero di pazienti con determinazione completa dei fattori di rischio (incluso assetto lipidico e Hb glicata). Obiettivo: 85%</p> <p>2. numero di pazienti con appuntamento per il controllo ambulatoriale precoce Obiettivo: 85%</p> <p><b>Controllo ambulatoriale precoce</b></p> <p>1. appuntamento per il controllo ambulatoriale a 9-12 mesi. Obiettivo 75%</p> <p>2. evidenza di programma individualizzato di prevenzione secondaria. Obiettivo 75%</p> <p><b>Controllo ambulatoriale a 9-12 mesi</b></p> <p>1. evidenza di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi</p>	<p><b>Fase intraospedaliera</b></p> <p>1. numero di pazienti con determinazione completa dei fattori di rischio (incluso assetto lipidico e Hb glicata). Obiettivo: 85%</p> <p>2. numero di pazienti con appuntamento per il controllo ambulatoriale precoce Obiettivo: 85%</p> <p><b>Controllo ambulatoriale precoce</b></p> <p>1. appuntamento per il controllo ambulatoriale a 9-12 mesi. Obiettivo 75%</p> <p>2. evidenza di programma individualizzato di prevenzione secondaria. Obiettivo 75%</p> <p><b>Controllo ambulatoriale a 9-12 mesi</b></p> <p>1. evidenza di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi</p>	POU	10	10	Email Direttore SC in data 05.07.2019 e 09.11.2019: definito format della sezione lettera di dimissione; definito e condiviso protocollo farmacologico; definito e condiviso protocollo criteri individuazione pz; avvio appuntamenti. Criteri per la presa in carico del pz condivisi con i medici della Struttura in tre riunioni. Definiti i criteri di inclusione nel programma e lo schema dello stesso. Predisposti gli appuntamenti per controllo ambulatoriale: 49 pz inseriti nel programma, dei quali 10 con visita precoce già effettuata e prenotati per controllo a 11 mesi. Un controllo delle lettere di dimissione nel mese di <b>ottobre 2019</b> ha evidenziato nr 92 pz dimessi vivi, di cui nr 27 (29%) con criteri di inclusione ed arruolati nel programma. Nel 100% dei casi erano disponibili assetto lipidico e Hb glicata. Obiettivo raggiunto	10		10	





**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Cardiologia UTIC Ospedale Villa Scassi**  
**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Elaborazione protocollo condiviso con Medicina d'Urgenza, Chirurgia Vascolare e Neurologia per la realizzazione di percorsi "brevi" e per la riduzione dei ricoveri nei reparti per le seguenti patologie: ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA SINCOPE FIBRILLAZIONE ATRIALE	- numero di eco-doppler TSA ed ecocardiografie eseguite, numero di invii in ambulatorio neurologico '- numero di accessi in ambulatorio aritmologico	Entro 30/6 elaborazione protocollo '- numero di pazienti dimessi con diagnosi di ischemia cerebrale transitoria '- numero di pazienti dimessi con diagnosi di sincope entro le 48 ore '- numero di pazienti dimessi con diagnosi di fibrillazione atriale entro 48 ore	SC POU	5	5	Relazione Direttore SC: 23/04/2019 elaborati protocolli in collaborazione tra il personale della Cardiologia e del Pronto Soccorso di Villa Scassi per la gestione della sincope e della fibrillazione atriale, per la corretta gestione degli accertamenti e delle cure (riuscendo così spesso ad evitare il ricovero ospedaliero). I protocolli messi a punto (vedi allegati) prevedono la stratificazione dei pazienti con fibrillazione atriale e sincope per identificare coloro che non hanno bisogno di ricovero urgente. I pazienti vengono segnalati all'Ambulatorio di Cardiologia, settore Aritmologia che provvede a organizzare il successivo iter diagnostico terapeutico esposto in dettaglio negli allegati. Nell'anno 2019 sono stati seguiti nell'Ambulatorio di Aritmologia, secondo i protocolli di cui sopra ed evitando il ricovero urgente, 192 pazienti di cui 110 per sincope e 92 per aritmia da fibrillazione atriale. Obiettivo raggiunto	5		5	



**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Cardiologia UTIC Ospedale Villa Scassi**  
**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni a favore di terapia orale	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni a favore di terapia orale	POU/CIO/Farmacia Ospedaliera	5	5	<p>Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13):            Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%.            Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019            Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA.            Obiettivo parzialmente raggiunto</p>	3,75	☹️	3,75	☹️



**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Cardiologia UTIC Ospedale Villa Scassi**  
**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	7	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) <i>nella giornata di ricevimento della merce</i>	POU/ Prof San/ Farmacia	0	15	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		15	
	8	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 ri	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Cardiologia UTIC Ospedale Villa Scassi**  
**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<p><i>Accreditamento:</i>            Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio. Implementazione del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Audit parte Prima entro ottobre 2019</p>	<p><i>SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria</i></p>	10	10	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	10		10	
			<p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>	<p>Nei giorni 9,10,11 dicembre 2019 l'Azienda è stata sottoposta ad Audit da parte del Rina. A seguito di Audit positivo la certificazione è stata estesa alla struttura</p>								

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Cardiologia UTIC Ospedale Villa Scassi**  
**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre-trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	<b>Entro il 31/12/2019</b> Rispetto degli indicatori.	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%	Esiti forniti <b>entro il 31/12/2019</b> in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.								
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit								

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Cardiologia UTIC Ospedale Villa Scassi**  
**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>Farmacia Ospedaliera</i>	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>90</b>		<b>96,25</b>	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SC Cardiologia UTIC Ospedali PA Micone Gallino La Colletta e Territorio**

**Direttore Dottore Stefano Domenicucci fino al 31/05/2019**

**Direttore f.f. Dottore Massimo Zoni Berisso dal 01/06/2019 al 31/12/2019**





tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	10	0	Vedi scheda allegata - Obiettivo raggiunto	10	😊	0	😊
	2	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Mantenimento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		20		0	
	2	Progetto telecardiologia: attivazione di tutti gli studi medici MMG per l'erogazione del servizio di telecardiologia aderenti al progetto	attivazione di tutti gli studi MMG aderenti al progetto	attivazione di tutti gli studi MMG aderenti al progetto	DSS/S.S.D . Gestione Rete medici convenzioni nati aziendali	5	5	Relazione Direttore SC: sono state attivate le connessioni con il 100% degli studi di MMG già aderenti al progetto; a questi hanno aderito ulteriori 10 nuovi Studi Associati (circa 50 MMG); si passa dunque da 56 MMG a 106 MMG. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SC Cardiologia UTIC Ospedali PA Micone Gallino La Colletta e Territorio**

**Direttore Dottore Stefano Domenicucci fino al 31/05/2019**

**Direttore f.f. Dottore Massimo Zoni Berisso dal 01/06/2019 al 31/12/2019**





tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Riduzione dei tempi di attesa per visita medica dei pazienti a cui è stato assegnato un codice di priorità GIALLO a 30 minuti: creazione di percorso "breve" per il pz con Scompenso cardiaco lieve dimesso al fine di ridurre al minimo il periodo di permanenza del paziente in PS e di ridurre i ricoveri nei reparti	numero di accessi in ambulatorio cardiologico dello scompenso cardiaco	numero di pazienti dimessi con diagnosi di insufficienza ventricolare sinistra e insufficienza cardiaca congestizia	SC POU	10	5	Relazione Direttore SC: collaborazione iniziata il 1 Gennaio 2019, ha consentito di approntare un percorso privilegiato per i suddetti pazienti.; il percorso "breve" è stato organizzato in modo tale che i pazienti giunti al Primo Intervento dell'Osp Micone con le caratteristiche sopra esposte, a seguito di un contatto diretto con i medici dell'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco della SC Cardiologia-UTIC riceversero immediatamente un appuntamento per eseguire una valutazione entro 3 gg. Nel periodo 1/1/2019-31/12/2019 questo protocollo ha consentito di arruolare presso il Primo Intervento Osp Micone 61 pazienti. Di questi 61 pazienti, 30 sono stati successivamente seguiti dai medici dell'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco nell'ambito di uno specifico percorso diagnostico-terapeutico (tabella allegata). Ciò ha evitato il ricovero inappropriato in strutture degenziali di circa il 50% dei pazienti osservati con notevole riduzione del consumo di risorse umane ed economiche. Obiettivo raggiunto	10		5	
	4	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S. S.D. Assistenza sanitaria di base	10	5	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		3,75	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SC Cardiologia UTIC Ospedali PA Micone Gallino La Colletta e Territorio**

**Direttore Dottore Stefano Domenicucci fino al 31/05/2019**

**Direttore f.f. Dottore Massimo Zoni Berisso dal 01/06/2019 al 31/12/2019**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici a favore di terapia orale	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici a favore di terapia orale	POU/CIO/ Farmacia Ospedale ra	5	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALISA n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75		3,75	
	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	15	tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		15	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SC Cardiologia UTIC Ospedali PA Micone Gallino La Colletta e Territorio**

**Direttore Dottore Stefano Domenicucci fino al 31/05/2019**

**Direttore f.f. Dottore Massimo Zoni Berisso dal 01/06/2019 al 31/12/2019**







tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	7	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rile	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San		15	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	<p>Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Implementazione del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Audit parte Prima entro ottobre 2019</p>	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	10	😊	10	😊
			<p>Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>					<p>Nei giorni 9,10,11 dicembre 2019 l'Azienda è stata sottoposta ad Audit da parte del Rina. A seguito di Audit positivo la certificazione è stata estesa alla struttura</p>				

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SC Cardiologia UTIC Ospedali PA Micone Gallino La Colletta e Territorio**

**Direttore Dottore Stefano Domenicucci fino al 31/05/2019**

**Direttore f.f. Dottore Massimo Zoni Berisso dal 01/06/2019 al 31/12/2019**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	<b>Entro il 31/12/2019</b> Rispetto degli indicatori.	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit								
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2019 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>93,75</b>		<b>95</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

SSD Cardiologia Riabilitativa

Responsabile Dottore Piero Clavario

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	L'attività della Struttura non rientrava tra la casistica soggetta ad aumento della produzione da Documento Tecnico di budget Alla luce dell'attività erogata dalla Struttura si evidenzia comunque un incremento dei casi e del valore della produzione Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		10		0	
	2	Aumento attività ambulatoriale per riabilitazione con apparecchiature di nuova generazione in dotazione	+5% attività ambulatoriale a parità di risorse da rivedere in caso di assegnazione di un fisioterapista	al 31/12/2019 produzione ambulatoriale incrementata del 5% attività parità di risorse da rivedere in caso di assegnazione di un fisioterapista	SIA/PPC	15	5	Incremento dei casi e del valore della produzione per l'attività ambulatoriale: +5,74% incremento prestazioni +13,97% incremento valore Obiettivo raggiunto	15	😊	5	😊

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### SSD Cardiologia Riabilitativa





Responsabile Dottore Piero Clavario

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Follow up prolungato paziente cardiocirurgico che accede alla riabilitazione della Colletta: presa in carico del pz. Cardiocirurgico con follow up prolungato e appuntamento per diagnostica (prove da sforzo ecc.)	n° dimessi/pz che accettano il follow up prolungato	almeno il 20% dei dimessi cardiocirurgici	SIA/PPC	10	0	Email Responsabile SSD: nel corso del 2019, a fronte di 206 pazienti residenti nel territorio ASL3, sottoposti a chirurgia cardiaca e che hanno effettuato un programma di riabilitazione degenziale nel nostro reparto alla Colletta, sono stati 57 ( pari al 27.6%) quelli che hanno accettato il programma di Follow Up che sono stati riferiti alla nostra struttura ambulatoriale di Fiumara e presi in carico a lungo termine. Obiettivo raggiunto	10	😊	0	
	4	Farmaci antibiotici - Procedura Antibioticoprofilassi Riduzione consumo antibiotici	Applicazione procedura anno 2018 Riduzione 2% consumo antibiotici	Applicazione procedura anno 2018 Riduzione 2% consumo antibiotici	POU/CIO/ Farmacia Ospedale ra	10	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALISA n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	3,75	😐

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### SSD Cardiologia Riabilitativa

Responsabile Dottore Piero Clavario



tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		10	
	6	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 ril	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		10	



### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

SSD Cardiologia Riabilitativa



Responsabile Dottore Piero Clavario

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	7	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	20	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti in data 20/09/19 e 08/11/19 dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0		20	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Cardiologia Riabilitativa**



**Responsabile Dottore Piero Clavario**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2019 Audit parte prima</p>	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	10		10	
			<p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>	<p>Nei giorni 9,10,11 dicembre 2019 l'Azienda è stata sottoposta ad Audit da parte del Rina. A seguito di Audit positivo la certificazione è stata estesa alla struttura</p>								

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Cardiologia Riabilitativa**

**Responsabile Dottore Piero Clavario**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
U.G.R.	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre-trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	<b>Entro il 31/12/2019</b> Rispetto degli indicatori.	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	10		10	
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit								

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

SSD Cardiologia Riabilitativa

Responsabile Dottore Piero Clavario

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>87,5</b>		<b>98,75</b>	

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina Interna 1 Villa Scassi







Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione	Rapporto costi/produzione (vedi scheda allegata)	Incremento	PPC	5	0	Vedi tabella allegata. Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0	parziale raggiungimento	7,50		0	
	2	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici a favore di terapia orale	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici a favore di terapia orale	POU/CIO/ Farmacia Ospedale ra	10	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😊	3,75	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Medicina Interna 1 Villa Scassi**





**Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Segnalazione a UVO del paziente eleggibile per MAC e RSA postacuti entro 48 h dall'ingresso	Monitoraggio al 30/6 e al 31/12/2019	Nr paz. segnalati uvo/ nr paz segnalati entro 48 h	POU	10	10	Note Direttore SC in data 10.06.2019 e in data 13/11/2019. Allegata pagina documento riesame Direzione GEN-GC-MD Segnalazione UVO eleggibili per MAC E RSA = 94% pazienti Segnalazione Cure domiciliari : il dato ha uno scostamento del 50% rispetto all'atteso in quanto la valutazione per l'eleggibilità dipende da variabili cliniche non prevedibili alla prima valutazione Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	
		Segnalazione del paziente alle Cure Domiciliari (con prescrizione dei presidi) entro 48 h dall' ingresso	Monitoraggio al 30/6 e al 31/12/2019	Nr paz. segnalati/ nr paz segnalati entro 48 h								
	4	Adozione della documentazione clinico assistenziale del paziente come da progetto di riorganizzazione area medica	Presenza in cartella multidisciplinare della documentazione prevista dal modello organizzativo (95% cartelle)	Monitoraggio al 30/6 e al 31/12/2019	POU	10	5	Note Direttore SC in data 10.06.2019 e in data 13/11/2019. Allegata pagina documento riesame Direzione GEN-GC-MD Presenza documentazione 100% per i pazienti ospitati presso le medicine, 0% per pazienti degenti fuori reparto e dimessi da reparto ospitante Per la totalità dei pazienti è stato raggiunto almeno il 95% Obiettivo raggiunto	10		5	
5	Prosecuzione PDTA FEMORE (x Reparto Cure Intermedie)	tempo di attesa dalla segnalazione dal setting richiedente al ricovero del ricevente massimo 7 giorni presenza di PDTA in cartella clinica	Entro 7 gg 95 % casi Almeno il 95% dei casi deve essere presente in cartella clinica	POU	10	5	Nota Direttore SC e riesame della Direzione (allegato) Rispetto tempi di attesa per accesso al Reparto Cure Intermedie Micone per i pazienti segnalati nel 100% casi presenza PDTA in cartella clinica Obiettivo raggiunto	10		5		

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Medicina Interna 1 Villa Scassi**





**Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) <i>nella giornata di ricevimento della merce</i>	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		10	
	7	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Medicina Interna 1 Villa Scassi**

**Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	8	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti in data 20/09/19 e 08/11/19 dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0		10	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio. Implementazione del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Audit parte	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Medicina Interna 1 Villa Scassi**

**Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
			<i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015	Prima entro ottobre 2019				Nei giorni 9,10,11 dicembre 2019 l'Azienda è stata sottoposta ad Audit da parte del Rina. A seguito di Audit positivo la certificazione è stata estesa alla struttura				
<i>UGR</i>	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	<i>UGR</i>	5	5	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
<i>Progetti</i>	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2019 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>Farmacia Ospedaliera</i>	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>82,50</b>		<b>96,25</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina Interna 2 Villa Scassi





Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparato	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione	Rapporto costi/produzione (vedi scheda allegata)	Incremento	PPC	5	0	Sostanziale pareggio: Anno 2018=1,24; Anno 2019= 1,22 Obiettivo parzialmente raggiunto in considerazione della tipologia di attività erogata	3,75	☹️	0	☹️
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0	Parziale raggiungimento	7,50		0	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina Interna 2 Villa Scassi





Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	2	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni a favore di terapia orale	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni a favore di terapia orale	POU/CIO/Farmacia Ospedaliera	10	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13); Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALLsa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		3,75	
	3	Segnalazione del paziente alle Cure Domiciliari (con prescrizione dei presidi) entro 48 h dall' ingresso	Monitoraggio al 30/6 e al 31/12/2019	Nr paz. segnalati/ nr paz segnalati entro 48 h	POU	10	10	Note Direttore SC in data 10.06.2019 e in data 13/11/2019. Allegata pagina documento riesame Direzione GEN-GC-MD Segnalazione UVO eleggibili per MAC E RSA = 94% pazienti Segnalazione Cure domiciliari : il dato ha uno scostamento del 50% rispetto all'atteso in quanto la valutazione per l'eleggibilità dipende da variabili cliniche non prevedibili alla prima valutazione Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina Interna 2 Villa Scassi

Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Adozione della documentazione clinico assistenziale del paziente come da progetto di riorganizzazione area medica	Presenza in cartella multidisciplinare della documentazione prevista dal modello organizzativo (95% cartelle)	Monitoraggio al 30/6 e al 31/12/2019	POU	10	5	Note Direttore SC in data 10.06.2019 e in data 13/11/2019. Allegata pagina documento riesame Direzione GEN-GC-MD Presenza documentazione 100% per i pazienti ospitati presso le medicine, 0% per pazienti degenti fuori reparto e dimessi da reparto ospitante Per la totalità dei pazienti è stato raggiunto almeno il 95% Obiettivo raggiunto	10		5	
	5	Prosecuzione PDTA FEMORE (x Reparto Cure Intermedie)	tempo di attesa dalla segnalazione dal setting richiedente al ricovero del ricevente massimo 7 giorni presenza di PDTA in cartella clinica	Entro 7 gg 95 % casi Almeno il 95% dei casi deve essere presente in cartella clinica	POU	10	5	Nota Direttore SC e riesame della Direzione (allegato) Rispetto tempi di attesa per accesso al Reparto Cure Intermedie Gallino per i pazienti segnalati nel 100% casi presenza PDTA in cartella clinica Obiettivo raggiunto	10		5	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina Interna 2 Villa Scassi





Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditte; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	7	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina Interna 2 Villa Scassi

Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	8	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti in data 20/09/19 e 08/11/19 dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0		10	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Implementazione del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Audit parte Prima entro ottobre 2019	SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina Interna 2 Villa Scassi

Direttore Dottoressa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
			<i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015					Nei giorni 9,10,11 dicembre 2019 l'Azienda è stata sottoposta ad Audit da parte del Rina. A seguito di Audit positivo la certificazione è stata estesa alla struttura				
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	5	5	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>81,25</b>		<b>96,25</b>	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Dietologia e Nutrizione Clinica**

**Responsabile Dottore Luigi Minucci**





tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione	Monitoraggio Anno 2019	Incremento		5	0	L'attività della Struttura non rientrava tra la casistica soggetta ad aumento della produzione da Documento Tecnico di budget Alla luce dell'attività erogata dalla Struttura si evidenzia comunque un incremento dei casi e del valore della produzione Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi attesa richieste consulenza interna	80% dei pz entro 3 gg dalla richiesta	Almeno l'80% dei pazienti presi in carico entro 3 gg	POU	20	10	Nota Responsabile SSD: Presi in carico 100% dei pazienti entro 3 gg	20	😊	10	😊
	2	Continuità di cura ospedale territorio relativamente ai pazienti in nutrizione enterale totale dimessi dai nosocomi dell' <b>area metropolitana</b>	Differenza tra il numero di pazienti dimessi dagli ospedali in trattamento NED e quelli attivati in NED nelle prime 24 ore sul territorio (ad esclusione dimessi al venerdì e fine settimana)	Differenza tra dimessi ed attivati nelle prime 24 ore inferiore al 10%	POU	15	15	Email Responsabile SSD: • Numero attivazioni 237 • Numero attivazioni entro le 24 ore 237 - • Numero attivazioni da strutture ASL3 81 • Numero attivazioni da strutture no ASL3 156 • Numero pazienti deceduti durante attivazione 3 Obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊
	3	Continuità di cura ospedale territorio relativamente ai pazienti in nutrizione enterale totale dimessi dai nosocomi <b>della ASL 3</b>	Differenza tra il numero di pazienti dimessi dagli ospedali in trattamento NED e quelli attivati in NED nelle prime 24 ore sul territorio (ad esclusione dimessi al venerdì e fine settimana)	Differenza tra dimessi ed attivati nelle prime 24 ore inferiore al 5%	POU	15	15		15	😊	15	😊



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Dietologia e Nutrizione Clinica**







**Responsabile Dottore Luigi Minucci**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	4	Presenza in carico del paziente pre e post intervento chirurgico	Presenza in carico 100% richieste e follow up per 65% dei casi al netto dei decessi con monitoraggio intermedio al 31,05	Presenza in carico 100% richieste e follow up per 65% dei casi al netto dei decessi con monitoraggio intermedio al 31,05	POU/SC	20	10	Email Responsabile SSD: fino al 31 maggio erano stati presi in carico 10 pazienti e avevano completato il ciclo di controlli 4 pazienti perché 6 pazienti erano stati presi in carico a maggio e non avevano perciò ancora completato il ciclo di controlli. In totale presi in carico 26 pazienti (100% di quelli presi in carico per l'espletamento di questo obiettivo) e follow up completato per 17 di loro (65%) Obiettivo raggiunto	20		10	
Performance	5	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	15	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		15	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Dietologia e Nutrizione Clinica**

**Responsabile Dottore Luigi Minucci**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Govern Clinico e Organizza zione Sanitaria	10	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	10		10	
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	Farmacia Ospedali eria	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedali eria del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>97,5</b>	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**  
**Responsabile Dottore Sebastiano Saccomanno**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione	Monitoraggio Anno 2019	Incremento	PPC	5	0	L'attività della Struttura non rientrava tra la casistica soggetta ad aumento della produzione da Documento Tecnico di budget. Alla luce dell'attività erogata dalla Struttura si evidenzia comunque un incremento dei casi e del valore della produzione. Obiettivo raggiunto.	5	😊	0	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi. Obiettivo raggiunto.	5	😊	5	😊
Performance	1	Colonscopie e Gastroskopie Cliniche Individuazione piano rientro	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste anche con attivazione offerta presso Ospedale Gallino	S.S.D. Assistenza sanitaria di base/DS	25	10	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto.	18,75	😐	7,5	😐
	2	Colonscopie di screening	Offerta nei 30 gg dopo SOFT positivo pari ad almeno l'80% degli aderenti	almeno l'80% degli aderenti con offerta nei 30 gg post SOFT +	Popolazione e a rischio/POU	20	10	Come da comunicazione mail SSD Popolazione a rischio del 26.5.2020 conservata agli atti nel 2019 sono stati effettuati 997 approfondimenti di secondo livello a seguito di test di primo livello risultati positivi. Di questi 910 sono stati effettuati entro 30 giorni dalla data di conclusione di primo livello. pari al 91,2% degli aderenti con offerta nei 30 giorni SOFT positivi. Obiettivo raggiunto.	20	😊	10	😊
	3	Riduzione tempi attesa visite ambulatoriali - Adesione ai piani di potenziamento aziendali	Rispetto classi di priorità B e D in almeno 90% dei casi	Almeno il 90% dei casi nei tempi previsti	S.S.D. Assistenza sanitaria di base/DS	20	10	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto.	15	😐	7,5	😐

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**  
**Responsabile Dottore Sebastiano Saccomanno**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	15	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊
	5	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività ambulatoriali e degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	15	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**  
**Responsabile Dottore Sebastiano Saccomanno**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**  
**Responsabile Dottore Sebastiano Saccomanno**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi Medicina Generale 2. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>88,75</b>		<b>95</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Oncologia Sestri**  
**Responsabile Dottore Luciano Canobbio**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparato	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione	Monitoraggio Anno 2019	Incremento		5	0	L'attività della Struttura non rientrava tra la casistica soggetta ad aumento della produzione da Documento Tecnico di budget Alla luce dell'attività erogata dalla Struttura si evidenzia, a fronte di una diminuzione dei casi, un incremento del valore della produzione Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Oncologia Sestri**  
**Responsabile Dottore Luciano Canobbio**







tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparato	Note
performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		5		0	
performance	2	Applicazione percorsi DIAR in campo oncologico dalla visita, alla fase diagnostica, terapeutica e di follow up del 1° anno e seguenti	Evidenza percorsi con indicatori e proposta al DIAR	Al 30/6 evidenza percorsi (almeno 3) dal 1/7 applicazione del percorso per almeno il 95% dei pz	POU	10	5	<p>Email Responsabile SSD:            Le strutture di Oncologia della Regione Liguria sono vincolate ai PDTA del DIAR di Oncologia che vengono deliberati da ALISA.            I PDTA deliberati da ALISA per l'oncologia sono stati:            1) Tumori della mammella (delibera ARS 78 del 22/6/2016 modificata da delibera A.Li.Sa. 5 del 9/1/2019)            2) Tumori del polmone: delibera A.Li.Sa. agosto 2019            3) Tumori rari predisposto nel corso del 2019 ma ancora non deliberato da ALISA</p> <p>Nella email sono specificati gli indicatori utilizzati.            Nel 2019 sono afferite per il tumore della mammella 82 pazienti operate per carcinoma mammario e i due indicatori sono stati rispettati in oltre il 95% delle pazienti.            Per i tumori del polmone l'indicatore era la visita entro 30gg dalla diagnosi, sono afferiti 48 pazienti, tutti visitati entro i 30gg = 100%.            I PDTA sono stati implementati presso le Oncologie di Asl 3 appena redatti,            In relazione a quanto sopra esposto, l'obiettivo si intende raggiunto</p> <p>In considerazione del fatto che le strutture di Oncologia sono vincolate ai PDTA del DIAR di Oncologia deliberati da ALISA, l'obiettivo si intende raggiunto</p>	10	😊	5	😊







**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Oncologia Sestri**  
**Responsabile Dottore Luciano Canobbio**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	3	Utilizzo molecole a brevetto scaduto Promuovere utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto ed evitare prescrizioni non appropriate	DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio	DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio	FARMACIA OSP			<p>Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera: L'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare" Il rapporto tra le DDD del biosimilare e le DDD totali per il 2019 è 0,51 ( comprese i sottocute ), ma l'obiettivo si intende raggiunto in quanto sono state prodotte tutte le relazioni giustificative dove necessario Il numero di DDD presente in una fiala che abbiamo utilizzato per fare i calcoli è quello utilizzato sul datawarehouse regionale L'utilizzo del biosimilare ha portato ad un risparmio di 71.252 euro nel 2019</p>	10	😊	5	😊
		Evitare switch, all'interno della stessa categoria terapeutica (ATC), verso molecole il cui brevetto non sia ancora scaduto, evitando quindi l'aumento di consumi di molecole con brevetto non scaduto	nel caso in cui nel 2019 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019 > tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo nel caso in cui nel 2019 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019 ≥ tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo	nel caso in cui nel 2019 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019 > tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo nel caso in cui nel 2019 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019 ≥ tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo L'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare.	FARMACIA OSP	10	5					

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Oncologia Sestri**  
**Responsabile Dottore Luciano Canobbio**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparato	Note
performance	4	Rispetto degli accordi negoziali dei farmaci soggetti a registro AIFA e Fondo Farmaci Innovativi	100% dei farmaci utilizzati registrato in registro AIFA 0 Schede di fine trattamento non compilate	100% dei farmaci soggetti a registro AIFA utilizzati deve essere registrato in registro AIFA 0 Schede di fine trattamento non compilate (salvo specifica relazione clinica che documenti mancata chiusura scheda)	FARMACIA OSP	15	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Nel 2019 il rapporto tra i farmaci registrati su registro AIFA e i farmaci oncologici registrati nel flusso è del 100 %, al netto dei farmaci utilizzati per indicazioni non a monitoraggio e dei farmaci per i quali il registro non è ancora on line. Nel 2019 sono stati chiusi 134 trattamenti corrispondenti al 100% dei pazienti che a fine anno non ricevevano terapia da più' di 3 mesi al netto di quelli per i quali è stata presentata relazione clinica che spiega la necessità di lasciare aperto il trattamento al momento attuale .	15		5	
	5	Riduzione tempi attesa prestazioni ambulatoriali - Adesione ai piani di potenziamento aziendali	Rispetto classi di priorità B e D in almeno 90% dei casi	Almeno il 90% dei casi nei tempi previsti	S.S.D. Assistenza sanitaria di base/DS	5	5	Email Staff DS in data 01.06.2020: Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75		3,75	
performance	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	20	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		20	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Oncologia Sestri**  
**Responsabile Dottore Luciano Canobbio**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	7	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	15	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		15	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	5	5	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	5		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Oncologia Sestri**  
**Responsabile Dottore Luciano Canobbio**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparato	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	<b>Entro il 31/12/2019</b> Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit								

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Oncologia Sestri**  
**Responsabile Dottore Luciano Canobbio**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	☹️	7,5	☹️
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>81,25</b>		<b>96,25</b>	

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019

SSD Oncologia Villa Scassi

Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione	Monitoraggio Anno 2019	Incremento		5	0	L'attività della Struttura non rientrava tra la casistica soggetta ad aumento della produzione da Documento Tecnico di budget Alla luce dell'attività erogata dalla Struttura si evidenzia comunque un incremento dei casi e del valore della produzione Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Oncologia Villa Scassi**



**Responsabile Dottore Manlio Mencoboni**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		5		0	
Performance	2	Applicazione percorsi DIAR in campo oncologico dalla visita, alla fase diagnostica, terapeutica e di follow up del 1° anno e seguenti	Evidenza percorsi con indicatori e proposta al DIAR	Al 30/6 evidenza percorsi (almeno 3) dal 1/7 applicazione del percorso per almeno il 95% dei pz	POU	10	5	<p>Email Responsabile SSD: Le strutture di Oncologia della Regione Liguria sono vincolate ai PDTA del DIAR di Oncologia che vengono deliberati da ALISA.</p> <p>I PDTA deliberati da ALISA per l'oncologia sono stati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tumori della mammella (delibera ARS 78 del 22/6/2016 modificata da delibera A.Li.Sa. 5 del 9/1/2019)</li> <li>2) Tumori del polmone: delibera A.Li.Sa. agosto 2019</li> <li>3) Tumori rari predisposto nel corso del 2019 ma ancora non deliberato da ALISA</li> </ol> <p>Nella email sono specificati gli indicatori utilizzati. Erano:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mammella: visita del 90% delle paz con tumori della mammella entro 8 settimane dall'intervento o dalla biopsia se non operabili: a questa SSD sono afferite nel 2019 228 pazienti e di esse 216 (95%) ha fatto la visita entro questi termini.</li> <li>2) Polmone: anche qui c'erano diversi indicatori di percorso e un indicatore specifico per l'oncologia: la visita entro 30 gg dall'intervento o dalla diagnosi in caso di tumori inoperabili. Sono afferiti 152 tumori polmonari e 141 pazienti (93%) sono stati visitati entro i 30 gg.</li> </ol> <p>I PDTA sono stati implementati presso le Oncologie di Asl 3 appena redatti, In relazione a quanto sopra esposto, l'obiettivo si intende raggiunto</p> <p>In considerazione del fatto che le strutture di Oncologia</p>	10	😊	5	😊

### SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019

SSD Oncologia Villa Scassi

Responsabile Dottore Manlio Mencoboni









tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Utilizzo molecole a brevetto scaduto Promuovere utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto ed evitare prescrizioni non appropriate	DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio	DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio	FARMACIA OSP	10	5	L'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare" Il rapporto tra le DDD del biosimilare e le DDD totali per il 2019 è 0,51 ( comprese i sottocute ), ma l'obiettivo si intende raggiunto in quanto sono state prodotte tutte le relazioni giustificative dove necessario Il numero di DDD presente in una fiala che abbiamo utilizzato per fare i calcoli è quello utilizzato sul datawarehouse regionale L'utilizzo del biosimilare ha portato ad un risparmio di 71.252 euro nel 2019	10		5	
		Evitare switch, all'interno della stessa categoria terapeutica (ATC), verso molecole il cui brevetto non sia ancora scaduto, evitando quindi l'aumento di consumi di molecole con brevetto non scaduto	nel caso in cui nel 2019 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019> tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo nel caso in cui nel 2019 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019≥ tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo	nel caso in cui nel 2019 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019> tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo nel caso in cui nel 2019 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019≥ tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo L'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare.	FARMACIA OSP							



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

SSD Oncologia Villa Scassi

Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Rispetto degli accordi negoziali dei farmaci soggetti a registro AIFA e Fondo Farmaci Innovativi	100% dei farmaci utilizzati registrato in registro AIFA 0 Schede di fine trattamento non compilate	100% dei farmaci soggetti a registro AIFA utilizzati deve essere registrato in registro AIFA 0 Schede di fine trattamento non compilate (salvo specifica relazione clinica che documenti mancata chiusura scheda)	FARMACIA OSP	15	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Nel 2019 il rapporto tra i farmaci registrati su registro AIFA e i farmaci oncologici registrati nel flusso è del 100 %, al netto dei farmaci utilizzati per indicazioni non a monitoraggio e dei farmaci per i quali il registro non è ancora on line. Nel 2019 sono stati chiusi 134 trattamenti corrispondenti al 100% dei pazienti che a fine anno non ricevevano terapia da più' di 3 mesi al netto di quelli per i quali è stata presentata relazione clinica che spiega la necessità di lasciare aperto il trattamento al momento attuale .	15		5	
	5	Riduzione tempi attesa prestazioni ambulatoriali - Adesione ai piani di potenziamento aziendali	Rispetto classi di priorità B e D in almeno 90% dei casi	Almeno il 90% dei casi nei tempi previsti	S.S.D. Assistenza sanitaria di base/DS	5	5	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75		3,75	
	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	20	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditte; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		20	
Performance	7	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	15	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		15	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Oncologia Villa Scassi**  
**Responsabile Dottore Manlio Mencoboni**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione e Sanitaria	5	5	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
UGR		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊










**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Oncologia Villa Scassi**

**Responsabile Dottore Manlio Mencoboni**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	☹️	7,5	☹️
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>Farmacia Ospedaliera</i>	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b><i>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</i></b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>81,25</b>		<b>96,25</b>	







**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale - Ospedale La Colletta**  
**Direttore Dottoressa Marina Simonini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	Vedi tabella allegata. Obiettivo non raggiunto	0		0	
	2	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		16,25		0	
	2	PDPA Femore verifica applicazione con ortopedie e cure primarie e medicine x verifica posti letto messi a disp post ricovero per pz da riabilitare	tempo di attesa dalla segnalazione dal setting richiedente al ricovero del ricevente massimo 7 giorni  presenza di PDPA in cartella clinica	Entro 7 gg 85 % casi  Almeno il 95% dei casi deve essere presente in cartella clinica	POU	5	0	Relazione Direzione POU: Tempi di attesa dalla segnalazione al ricovero max 7 gg per l'85% dei casi presenza PDPA in cartella almeno 95% Obiettivo raggiunto	5		0	
Performance	3	INFOCLIN - Percorso informatizzato interdisciplinare ospedale - territorio per pazienti affetti da patologie neurologiche SC Neurologia, SC Riabilitazione e Recupero Funzionale, SC SIA	Prosecuzione progetto (2° anno)	Vedi scheda progetto triennale	POU/PPC	10	10	Relazione Direzione POU: il progetto INFOCLIN procede nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il sistema è stato implementato con 2 schede a compilazione dei fisioterapisti della SC RRF che operano presso il reparto di Neurologia di Villa Scassi e di Sestri Ponente</li> <li>• abilitata alla lettura anche la neuropsicologa</li> </ul> Obiettivo raggiunto	10		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale - Ospedale La Colletta**  
**Direttore Dottoressa Marina Simonini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	4	SDO Riabilitativa Monitoraggio processo di sperimentazione finalizzato all'adozione del modello ed analisi di strumenti correlati di transition of care	100% SDO con diagnosi secondaria	100% con indicazione diagnosi secondaria	POU	15	10	Relazione Direzione POU: 100% SDO con diagnosi secondaria Obiettivo raggiunto	15	😊	10	😊
inca	5	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	POU/CI O/Farmacia Ospedali era	5	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75	😐	3,75	😐

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale - Ospedale La Colletta**  
**Direttore Dottoressa Marina Simonini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) <i>nella giornata di ricevimento della merce</i>	POU/ Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	
Performance	7	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	5	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		5	
	8	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	15	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti in data 20/09/19 e 08/11/19 dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dover orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0		15	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale - Ospedale La Colletta**  
**Direttore Dottoressa Marina Simonini**










tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	<b>Accreditamento:</b> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2015 Audit parte prima	<i>SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria</i>	<i>SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria</i>	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺
		<b>Certificazione:</b> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015						La certificazione è stata mantenuta per l'anno 2019 obiettivo raggiunto				
U.G.R.		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale - Ospedale La Colletta**  
**Direttore Dottoressa Marina Simonini**





tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedali era	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b><i>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</i></b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>90</b>		<b>98,75</b>	







**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale - Territorio**  
**Direttore Dottoressa Marina Simonini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	5	Vedi tabella allegata. Obiettivo non raggiunto	0		0	
	2	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5
Performance	1	Rimodulazione agende a quesito riabilitativo (almeno una per distretto) messe a CUP.	Analisi e razionalizzazione agende	Almeno 1 agenda rimodulata per distretto	POU	20	10	Email Direttore SC (allegata): parziale rimodulazione delle agende per carenza del personale degli ambulatori Obiettivo non raggiunto	0		0	
	2	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D . Assistenza sanitaria di base	20	0	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto	15		0	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale - Territorio**  
**Direttore Dottoressa Marina Simonini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	INFOCLIN - Percorso informatizzato interdisciplinare ospedale - territorio per pazienti affetti da patologie neurologiche SC Neurologia, SC Riabilitazione e Recupero Funzionale, SC SIA	Prosecuzione progetto	Vedi scheda progetto triennale	POU/PPC	20	10	Relazione Direzione POU: il progetto INFOCLIN procede nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> <li>il sistema è stato implementato con 2 schede a compilazione dei fisioterapisti della SC RRF che operano presso il reparto di Neurologia di Villa Scassi e di Sestri Ponente</li> <li>abilitata alla lettura anche la neuropsicologa</li> </ul> Obiettivo raggiunto	20		10	
	4	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/Prof San	0	20	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti in data 20/09/19 e 08/11/19 dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0		20	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale - Territorio**  
**Direttore Dottoressa Marina Simonini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) <i>nella giornata di ricevimento della merce</i>	POU/ Prof San	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		10	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	5	5	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accrreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditemento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	5		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale - Territorio**  
**Direttore Dottoressa Marina Simonini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
U.G.R.		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>70</b>		<b>85</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Nefrologia e Dialisi





Direttore Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	In considerazione delle motivazioni espresse nella relazione allegata agli Obiettivi DG, si ritiene di attribuire il parziale raggiungimento	3,75	☹️	0	☹️
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		16,88		0	
	2	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	0	Le prestazioni erogate dalla Struttura non erano oggetto di monitoraggio PNGLA non essendo prestazioni con tempi di attesa critici. Pertanto l'obiettivo si intende raggiunto	5	😊	0	
	3	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	POU/CIO/Farmacia Ospedaliera	10	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n.7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. <b>Obiettivo parzialmente raggiunto</b>	7,5	😊	3,75	😊

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Nefrologia e Dialisi



Direttore Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Gestione integrata cardiorenologica dei pazienti affetti da insufficienza renale e scompenso cardiaco S.C. Nefrologia e Dialisi, S.C. Cardiologia-UTIC Ospedale Villa Scassi	- numero di visite specialistiche (nefrologiche + cardiologiche) effettuate dal team = $\geq 30$ - numero di sedute di CRRT (terapia renale sostitutiva continua) gestite dal team = $\geq 5$	Risultati attesi anno 2019: $\geq 30$ Risultati attesi anno 2019: $\geq 5$	POU	5	10	Relazione congiunta Direttori SC Cardiologia VS e Nefrologia: nel corso del 2019 è stato attivato un protocollo di collaborazione tra cardiologi e nefrologi per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco e insufficienza renale. Tale protocollo prevedeva la possibilità di eseguire, in tempi brevi, visite cardiologiche e nefrologiche ambulatoriali in pazienti con scompenso cardiaco e problemi renali. Sono state effettuate in tutto 31 visite. La collaborazione prevedeva anche il trattamento dei pazienti scompensati con tecnica CRRT; sono stati trattati in tutto 5 pazienti Obiettivo raggiunto	5		10	
	5	<b>PERSONALE COMPARTO:</b> Compilazione della scheda seduta dialitica comprendente:	evidenza di scheda dialitica completa dei dati minimi richiesti sul totale dei pazienti in carico		POU	0	5	Email Direttore SC: analizzato campione di 36 pazienti (su un totale di circa 180); è stata verificata la presenza dei dati minimi richiesti nella scheda dialisi della prima seduta di ogni mese. Le schede appartengono a pazienti in carico dsia al Centro Dialisi di Villa Scassi che della Colletta.. Il risultato è stato pari al 100% (vedi allegato). Obiettivo raggiunto	0		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Nefrologia e Dialisi**

**Direttore Dottore Paolo Sacco**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Utilizzo molecole a brevetto scaduto Promuovere utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto ed evitare prescrizioni non appropriate	DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio	DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio	FARMACIA OSP	15	5	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera: L'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare" Il rapporto tra le DDD del biosimilare e le DDD totali per il 2019 è 0,51 ( comprese i sottocute ), ma l'obiettivo si intende raggiunto in quanto sono state prodotte tutte le relazioni giustificative dove necessario Il numero di DDD presente in una fiala che abbiamo utilizzato per fare i calcoli è quello utilizzato sul datawarehouse regionale L'utilizzo del biosimilare ha portato ad un risparmio di 71.252 euro nel 2019	15		5	
		Evitare switch, all'interno della stessa categoria terapeutica (ATC), verso molecole il cui brevetto non sia ancora scaduto, evitando quindi l'aumento di consumi di molecole con brevetto non scaduto	nel caso in cui nel 2019 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019> tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo nel caso in cui nel 2019 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019≥ tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo	nel caso in cui nel 2019 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019> tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo nel caso in cui nel 2019 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019≥ tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo L'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare.	FARMACIA OSP							

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Nefrologia e Dialisi

Direttore Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	7	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	15	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊
	8	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2015 Audit parte prima	SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Nefrologia e Dialisi**

**Direttore Dottore Paolo Sacco**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015					Nei giorni 9,10,11 dicembre 2019 l'Azienda è stata sottoposta ad Audit da parte del Rina. A seguito di Audit positivo la certificazione è stata estesa alla struttura				

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Nefrologia e Dialisi**

**Direttore Dottore Paolo Sacco**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
U.G.R.	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	<b>Entro il 31/12/2019</b> Rispetto degli indicatori.	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit								

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Nefrologia e Dialisi

Direttore Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata	Almeno per il 95% delle richieste	S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>93,13</b>		<b>98,75</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Reumatologia

Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	L'attività della Struttura non rientrava tra la casistica soggetta ad aumento della produzione da Documento Tecnico di budget. Alla luce dell'attività erogata dalla Struttura si evidenzia, a fronte di una diminuzione dei casi, un incremento del valore della produzione. Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi. Obiettivo raggiunto	5	😊	5
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		13,75		0	
	2	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S. S.D. Assistenza sanitaria di base	5	0	Le prestazioni erogate dalla Struttura non erano oggetto di monitoraggio PNGLA non essendo prestazioni con tempi di attesa critici. Pertanto, non l'obiettivo si intende raggiunto	5	😊	0	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Reumatologia



Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Utilizzo molecole a brevetto scaduto Promuovere utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto ed evitare prescrizioni non appropriate	DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio	DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio	FARMACI A OSP	20	5	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera: L'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare" Il rapporto tra le DDD del biosimilare e le DDD totali per il 2019 è 0,51 ( comprese i sottocute ), ma l'obiettivo si intende raggiunto in quanto sono state prodotte tutte le relazioni giustificative dove necessario Il numero di DDD presente in una fiala che abbiamo utilizzato per fare i calcoli è quello utilizzato sul datawarehouse regionale L'utilizzo del biosimilare ha portato ad un risparmio di 71.252 euro nel 2019	20	😊	5	😊
		Evitare switch, all'interno della stessa categoria terapeutica (ATC), verso molecole il cui brevetto non sia ancora scaduto, evitando quindi l'aumento di consumi di molecole con brevetto non scaduto	nel caso in cui nel 2019 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019> tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo nel caso in cui nel 2019 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019≥ tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo	nel caso in cui nel 2019 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019> tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo nel caso in cui nel 2019 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019≥ tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo L'obiettivo si intende raggiunto al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare.	FARMACI A OSP							

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Reumatologia



Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni a favore di terapia orale	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni a favore di terapia orale	POU/CIO/ Farmacia Ospedaliera	5	5	<p>Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13):            Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%.</p> <p>Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019</p> <p>Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA.</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto</p>	3,75		3,75	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Reumatologia**

**Direttore Dottore Gerolamo Bianchi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
<i>Performance</i>	5	Fracture Unit - Estensione del percorso clinico assistenziale dipartimentale ortopedico fisiatrico reumatologico nei soggetti fratturati di femore anche all'area metropolitana	Vedi scheda progetto	Vedi scheda progetto già presente 2018 estensione anche all'area metropolitana	CCD	5	5	<p>Relazione Direttore SC: Anno 2019 valutati 734 pazienti ricoverati con diagnosi di frattura di femore presso "Ospedale Villa Scassi", "La Colletta" di Arenzano e "Policlinico San Martino". Rispetto all'anno 2018 (547 pazienti), il numero dei pazienti valutati è aumentato significativamente in virtù dell'estensione del progetto all'Area Metropolitana Genovese, e, in particolare, del consolidamento e potenziamento dell'Attività della "Fracture Unit" presso "Ospedale Villa Scassi" e "Policlinico San Martino.</p> <p>Rispetto all'anno 2018 nel corso del quale erano stati presi in carico il 84% dei pazienti fratturati di femore valutati, nell'anno 2019 la percentuale di pazienti fratturati di femore presi in carico è salita al 93%, come conseguenza del potenziamento dell'attività già descritto. Obiettivo raggiunto</p>	5		5	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Reumatologia

Direttore Dottore Gerolamo Bianchi





tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) <i>nella giornata di ricevimento della merce</i>	POU/ Prof San/ Farmacia	0	15	Entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊
	7	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
Performance	8	Audit sulla compilazione del materiale documentale (area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31-12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31-12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti in data 20/09/19 e 08/11/19 dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Reumatologia

Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2015 Audit parte prima</p>	<p>SC Governò Clinico e Organizza zione Sanitaria</p>	10	10	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	10		10	
			<p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>					<p>La certificazione è stata mantenuta per l'anno 2019 obiettivo raggiunto</p>				
U.G.R.		<p>Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)</p>	<p>Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%</p>	<p>Esiti forniti <b>entro il 31/12/2019</b> in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.</p>	U.G.R.	10	10	<p>Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto</p>	10		10	
		<p>Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.</p>	<p>1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito</p>	<p><b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit</p>								

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Reumatologia

Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato da RPD con e-mail in data 31/12/2019 e integrato da nota Direttore Struttura con allegati Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliere	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliere del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>92,5</b>		<b>98,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Neurologia







Direttore f.f. Dottore Pierangelo Scotto

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	Vedi scheda allegata In considerazione delle motivazioni espresse nella relazione allegata agli Obiettivi DG, si ritiene di attribuire il parziale raggiungimento N.B. Nel complesso la produzione ospedaliera della Struttura è aumentata	3,75	☹️	0	☹️
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		18,75		0	
	2	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	0	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75	☹️	0	
	3	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	POU/CIO/Farmacia Ospedaliera	10	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALISA n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	☹️	3,75	☹️
	4	Rispetto degli accordi negoziali dei farmaci soggetti a registro AIFA e Fondo Farmaci Innovativi	100% dei farmaci utilizzati registrato in registro AIFA 0 Schede di fine trattamento non compilate	100% dei farmaci soggetti a registro AIFA utilizzati deve essere registrato in registro AIFA 0 Schede di fine trattamento non compilate (salvo specifica relazione clinica che documenti mancata chiusura scheda)	FARMACIA OSP	10	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Nel 2019 il rapporto tra i farmaci registrati su registro AIFA e i farmaci oncologici registrati nel flusso è del 100 %, al netto dei farmaci utilizzati per indicazioni non a monitoraggio e dei farmaci per i quali il registro non è ancora on line. Nel 2019 sono stati chiusi 134 trattamenti corrispondenti al 100% dei pazienti che a fine anno non ricevevano terapia da più di 3 mesi al netto di quelli per i quali è stata presentata relazione clinica che spiega la necessità di lasciare aperto il trattamento al momento attuale .	10	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Neurologia

Direttore f.f. Dottore Pierangelo Scotto

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Elaborazione di percorso ambulatoriale/DSA per la presa in carico da parte della Neurologia dei pz con patologia neurologica ricoverati in Medicina d'Urgenza e PS Protocollo condiviso con Medicina d'Urgenza e Ch Vascolare	Nr pz avviati al dh neurologico	Entro 30/4 elaborazione protocollo dal 1/05 al 31/12/2019 verifica presa in carico dei pz. come dettagliato nel protocollo	POU	10	10	Email Direttore f.f. SC: Sono stati presi in carico per ricovero da PS e da OBI 31 pz. per prosecuzioni cure ed indagini diagnostiche come da protocollo elaborato .Sono inoltre stati tutti visitati in PS i pazienti con diagnosi di TIA e 4 sono stati avviati al DSA . Nell'anno 2019 una collaborazione tra PS-OBI, Neurologia, Chirurgia Vascolare, Cardiologia ha portato alla elaborazione in data 26/06/2019 di un percorso diagnostico per i pazienti con patologia ischemica transitoria cerebrale, tale da poter ridurre in modo significativo i ricoveri di tali pazienti e di limitarli solo a chi ne avesse reale necessità. Allegato il protocollo in questione. Nel secondo semestre dell'anno 2019 sono stati valutati in PS-OBI Ospedale Villa Scassi 93 pazienti affetti da ischemia cerebrale transitoria. Di questi tutti hanno eseguito una valutazione Neurologica e un eco-color-doppler dei TSA. L'88% dei pazienti ha eseguito una ecocardiografia. Dei 93 pazienti, 51 sono stati dimessi (54,83%) dopo aver eseguito gli accertamenti e le visite indicate nell'allegato. Obiettivo parzialmente raggiunto in quanto non è stata comunicata la data di elaborazione del percorso ambulatoriale/DSA	7,5		7,5	
		Elaborazione di percorso per pz. Con TIA proveniente da PS/medicina d'urgenza - Avvio a dh - doppler ch vascolare	Nr pz. Con TIA presi in carico da PS	Entro 30/6 elaborazione protocollo dal 1/07 al 31/12/2019 verifica presa in carico dei pz. come dettagliato nel protocollo								
	6	INFOCLIN - Percorso informatizzato interdisciplinare ospedale - territorio per pazienti affetti da patologie neurologiche SC Neurologia, SC Riabilitazione e Recupero Funzionale, SC SIA	Prosecuzione progetto	Vedi scheda progetto triennale	POU	5	5	Relazione Direzione POU: il progetto INFOCLIN procede nel seguente modo: • il sistema è stato implementato con 2 schede a compilazione dei fisioterapisti della SC RRF che operano presso il reparto di Neurologia di Villa Scassi e di Sestri Ponente • abilitata alla lettura anche la neuropsicologa Obiettivo raggiunto	5		5	
7	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		10		

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Neurologia

Direttore f.f. Dottore Pierangelo Scotto

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	8	Presentazione del progetto per la gestione informatizzata dei consensi informati: inserire la modulistica sui software dedicati ( area tecnici rx e TNFP)	numero di audit utili alla finalizzazione della stesura del progetto	Stesura progetto entro il 31/12/2019	POU/ Prof San	0	10	Email SC Professioni Sanitarie con allegato allegato documento di presentazione del progetto Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	9	Definizione di scheda assistenziale per la presa in carico dei malati con Gastrostomia Radiologica Percutanea e tracheotomia nei pazienti con malattie neurologiche croniche	rispetto del crono programma	entro il 30/06/2019 presentazione della scheda di raccolta dati clinico-assistenziali Entro il 31/12/2019 presentazione di relazione sul servizio di presa in carico ed esiti assistenziali	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Professioni Sanitarie: Predisposta scheda, allegato modello di referto; evidenza relazione contenente il numero tot di prestazioni= 619, il nr di pz = 176. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredитamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredитamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredитamento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazion e Sanitaria	5	5	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accredитamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredитamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Neurologia







Direttore f.f. Dottore Pierangelo Scotto

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
U.G.R.	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	<b>Entro il 31/12/2019</b> Rispetto degli indicatori.	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	☹️	7,5	☹️
	2	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%	Esiti forniti <b>entro il 31/12/2019</b> in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.								
	3	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit								
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	5	5	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	5	☺️	5	☺️
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	☺️	10	☺️
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>83,75</b>		<b>88,75</b>	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Endocrinologia Diabetologia e Malattie Metaboliche**  
**Direttore Dottore Enrico Torre**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione anche attraverso l'attività di hub diabetologico sulla piastra ambulatoriale del Policlinico San Martino	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	L'attività della Struttura non rientrava tra la casistica soggetta ad aumento della produzione da Documento Tecnico di budget Alla luce dell'attività erogata dalla Struttura si evidenzia un incremento delle prestazioni e del valore della produzione Vedi scheda produzione allegata Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	0	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo raggiunto	5	😊	0	
	2	Screening del piede - Prosecuzione sull'HUB del padiglione 7 del Policlinico, sia su Fiumara	Prosecuzione con incremento del 15%	numero pazienti valutati >3400 (Colletta 321 Nervi 619 Fiumara 2020 per un totale di 2960 prestazioni su cui viene applicato il 15% in più)	POU	10	10	Relazione SC Direzione POU: Incremento screening del 24% (allegato resoconto prestazioni) Responsabile SSD È stato attivato a marzo 2019 l'ambulatorio screening piede presso l'HUB del padiglione 7, con effettuazione di oltre 750 valutazioni nel corso del 2019 Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Incremento diagnostica ecografica tiroide	Incremento del 20%	Numero pazienti valutati 300	POU	15	5	Relazione Responsabile SSD incremento diagnostica ecografica tiroide: raggiunto a fine novembre l'obiettivo di incremento del 20% annuo, con numero di pazienti valutati pari a 370 (obiettivo >300) Obiettivo raggiunto	15	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Endocrinologia Diabetologia e Malattie Metaboliche**  
**Direttore Dottore Enrico Torre**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Incremento numero retinografie	Incremento del 25%	Numero pazienti valutati 600	POU	15	5	Relazione Responsabile SSD incremento del numero retinografie: raggiunto a fine novembre l'obiettivo di incremento del 25% annuo, con raggiungimento di 921 retinografie eseguite (obiettivo 600) Obiettivo raggiunto	15		5	
	5	Crescita attività di educazione alimentare per gruppi	n. pz che partecipano ad almeno uno degli incontri /pz contattati	Incremento del 20%	POU	15	5	Relazione Responsabile SSD: crescita attività di educazione alimentare per gruppi: raggiunto a fine novembre obiettivo di incremento del 20% annuo, con effettuazione di oltre 2200 prestazioni (obiettivo > 1750), di cui 1161 di gruppi di educazione alimentare (seduta collettiva) Obiettivo raggiunto	15		5	
	6	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		10	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Endocrinologia Diabetologia e Malattie Metaboliche**  
**Direttore Dottore Enrico Torre**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	7	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) <i>nella giornata di ricevimento della merce</i>	POU/ Prof San	0	15	tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi	SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accREDITAMENTO da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate:	10	😊	10	😊
								Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri		😊		😊
U.G.R.	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	5	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	5	😊	10	😊








**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SSD Endocrinologia Diabetologia e Malattie Metaboliche**  
**Direttore Dottore Enrico Torre**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	<i>Farmacia Ospedaliera</i>	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b><i>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</i></b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Chirurgia Generale



Direttore Dottore Emanuele Romairone

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione (A.Li.Sa - documento tecnico di Budget 2019)		Vedi allegato	PPC	Vedi scheda allegata - Obiettivo raggiunto	5		0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	10		5
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC		15,00		0	
	2	Dimissione in prima giornata post operatoria pz sottoposti a videolaparocolecistectomia in elezione	Pz dimessi in 1 g con intervento videolaparocolecistectomia/Tot pz in elezione con intervento videolaparocolecistectomia	Nr pz dimessi in 1° giornata >=75%	POU/PPC	Relazione SC (email in data 04.05.2020): sono state dimesse in prima giornata l'80% delle colecistectomie laparoscopiche con un'approssimazione dell'1-2%. Obiettivo raggiunto	5		0	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Chirurgia Generale

Direttore Dottore Emanuele Romairone

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	3	Effettuazione consulenze presso altri reparti entro 24 h	Rispetto tempi consulenze interne	100% consulenze interne effettuate entro 24 h	POU	Relazione SC (email in data 04.05.2020): obiettivo raggiunto per tutte le consulenze urgenti. Per quelle differibili, in accordo con il reparto richiedente, le consulenze sono state eseguite entro le 48 h successive alla richiesta, in funzione del carico di lavoro affrontato dalla SC durante la giornata in cui è avvenuta la richiesta. Talvolta la richiesta di consulenza viene redatta su Sivis ma il relativo referto viene scritto nel diario clinico della cartella, risultando inevasa da Sivis, pur eseguita Obiettivo non raggiunto	0		0	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Chirurgia Generale



Direttore Dottore Emanuele Romairone

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	4	Percorso di presa in carico del paziente oncologico chirurgico: prima visita, discussione al DMT, prericovero, ricovero e terapia chirurgica, eventuale trattamento adiuvante, in accordo e stretta collaborazione con altre Strutture Aziendali	individuazione del percorso	evidenza del percorso al 30/9/2019, operatività dal 1/10/2019	POU	Relazione SC: in data 28/10/2019 è stato pubblicato su Intranet il PDTA delle Neoplasie colo-rettali realizzato dall'UO di Chirurgia Generale POU. In data 30/12/2019 è stata redatta ed inviata alla SC Aggiornamento e Formazione la relazione annuale delle riunioni del DMT Oncologico gastrointestinale con indicazione dei casi complessi e dei casi routinari e precisazione dei volumi di lavoro. obiettivo parzialmente raggiunto per mancato rispetto temine elaborazione PDTA	3,75	☺	3,75	☺

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Chirurgia Generale





Direttore Dottore Emanuele Romairone

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	5	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolonici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolonici	POU/CIO/ Farmacia Ospedali era	<p>Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13):                      Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%.                      Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019                      Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA.                      Obiettivo parzialmente raggiunto</p>	3,75		3,75	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Chirurgia Generale





Direttore Dottore Emanuele Romairone

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	6	Predisposizione e formulazione liste operatorie di concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie con contestuale predisposizione di protocollo operativo	Protocollo operativo Inizio attività ore 7.30 - incisione cute entro e non oltre ore 8.00	Almeno il 70% dei casi nel rispetto del protocollo operativo Incremento del 5% casistica operatoria	POU/SIA	Relazione Direttore SC SIA: liste operatorie create e approvate da anestesia con la procedura per blocco operatorio Email Direttore SC Anestesia e Rianimazione: predisposte liste operatorie in concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare le sedute con inizio attività alle ore 7,30, incremento 5% dell'attività operatoria a partire da settembre 19 Obiettivo raggiunto	5		5	
	7	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/ S.S.D. Assistenza sanitaria di base	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: I tempi di attesa monitorati PNGLA comprendono colonoscopie e gastroscopie: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		3,75	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Chirurgia Generale

Direttore Dottore Emanuele Romairone





tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	8	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		15	
	9	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		20	



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Chirurgia Generale







Direttore Dottore Emanuele Romairone

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio.</p>	SC Governore Clinico e Organizzazione Sanitaria	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditemento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditemento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	5		5	
GR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2019 Rispetto degli indicatori.	U.G.B.	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo	7,5		7,5 di 8	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Chirurgia Generale

Direttore Dottore Emanuele Romairone

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UC	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%	Esiti forniti <b>entro il 31/12/2019</b> in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.	S.C. Chir.	Gestione Rischio Clinico. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit						
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato da RPD con e-mail in data 31/12/2019 e integrato da nota Direttore Dipartimento Chirurgico attestante la corretta effettuazione di audit. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia a Ospedali era	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>							<b>82,50</b>		<b>93,75</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Oculistica



Direttore Dottore Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	Vedi scheda allegata - Obiettivo raggiunto	5	😊	0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto	15	😐	3,75	😐

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Oculistica





Direttore Dottore Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
<i>Performance</i>	2	riduzione tempi di attesa per campo visivo (ortottiste)	aumento dell'offerta campo visivo	aumento visite campo visivo	<i>DS/DSS/S.S. D. Assistenza sanitaria di base</i>	<p>Relazione Direttore SC: è aumentata l'offerta CUP settimanale di tale prestazione. L'incremento è stato di 14 campi visivi a settimana (7 posti presso l'ospedale Micone e 7 posti presso l'ospedale Celesia). I periodi di apertura sono stati dall'8/4/2020 al 14/6/2020 e dal 9/9/2020 al 20/12/2020 per un totale di 336 posti aggiuntivi. Le prenotazioni sono state tutte saturate. Ciò ha permesso una riduzione del tempo di attesa di circa 2 mesi.</p> <p>Nell'offerta CUP sono presenti dei posti riservati ai campi visivi con quesito diagnostico patente, invalidità e diabete. Questi posti permettono la prenotazione in tempi più brevi per queste categorie di soggetti.</p> <p>Attivata un'agenda arp interna di 3 posti a settimana per i campi visivi dei pazienti glaucomatosi. Tali appuntamenti, se non saturati dai pazienti glaucomatosi vengono aggiunti all'offerta cup già presente.</p> <p>Infine, il totale dei campi visivi dell'anno 2019 eseguiti presso l'ospedale Micone e presso l'Ospedale Celesia è stato di 4939 esami. Obiettivo raggiunto</p>	0		10	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Oculistica





Direttore Dottore Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Percorso diagnostico-terapeutico del paziente maculopatico	Evidenza percorso Esecuzione della terapia intravitreale entro 15 giorni dalla presa in carico del paziente presso il Centro Macula	Elaborazione percorso dal 01/04/2019 esecuzione terapia intravitreale per il 90% dei pz entro 15gg	POU	Relazione Direttore SC Oculistica: Allegati file del Riesame di Direzione di fine Novembre 2019 e della fase 1 del percorso clinico-assistenziale del paziente maculopatico, con le parti interessanti le maculopatie in neretto, che dimostrano il pieno raggiungimento dell'obiettivo di budget per il 2019. Avviato percorso dal 1° aprile 2019 Il numero di pazienti a cui è stata diagnosticata una patologia da trattare con IVT è stato: 2018 – 842 con conseguente n° di IVT (1933) 2019 – 873 con conseguente n° di IVT (2001) Nel 2019 dalla presa in carico del paziente all'esecuzione della prima iniezione IVT sono trascorsi massimo 15 giorni Obiettivo raggiunto	15		5	
	4	Oftalmologia pediatrica 0 - 14 anni: apertura CUP di 2 posti settimanali con quesito diagnostico "cefalea" presso il centro ortottico del Micone	Attivazione nr 2 posti/settimana	dal 01/04/2019 attivazione ambulatorio dedicato	POU	Attivati dal primo aprile come da lettera CUP allegata agli atti Obiettivo raggiunto	15		5	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Oculistica



Direttore Dottore Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	
	6	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Oculistica





Direttore Dottore Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
<i>Performance</i>	7	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	<i>POU/ Prof San</i>	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0		10	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Oculistica

Direttore Dottore Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio. Implementazione del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Audit parte Prima entro ottobre 2019</p>	SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	15		15	
			<p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>	<p>Nei giorni 9,10,11 dicembre 2019 l'Azienda è stata sottoposta ad Audit da parte del Rina. A seguito di Audit positivo la certificazione è stata estesa alla struttura</p>						
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	<p>1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito</p>	<p><b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit</p>	U.G.R.	Obiettivo raggiunto	10		10	



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Oculistica

Direttore Dottore Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>							<b>95</b>		<b>98,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**



**Direttore Dottore Franco Pleitavino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	Vedi scheda allegata - Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC		17,5		0	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**





**Direttore Dottore Franco Pleitavino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
<i>Performance</i>	2	Predisposizione e formulazione liste operatorie di concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie con contestuale predisposizione di protocollo operativo condiviso con SC Anestesia e Rianimazione	Protocollo operativo Inizio attività ore 7.30 - incisione cute entro e non oltre ore 8.00	Almeno il 70% dei casi nel rispetto del protocollo operativo Incremento del 5% casistica operatoria	<i>POU/SIA</i>	Relazione Direttore SC SIA: liste operatorie create e approvate da anestesia con la procedura per blocco operatorio Email Direttore SC Anestesia e Rianimazione: predisposte liste operatorie in concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare le sedute con inizio attività alle ore 7,30, incremento 5% dell'attività operatoria a partire da settembre 19 Obiettivo raggiunto	10		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**





**Direttore Dottore Franco Pleitavino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Riorganizzazione attività presso S.O. DEA per esecuzione interventi chirurgici di sintesi di frattura in urgenza differita organizzando in modo appropriato la necessaria strumentazione in SO DEA condiviso con SC Anestesia e Rianimazione e dipartimento chirurgico	pz arruolati/pz arruolabili	5% delle fratture di femore e arto superiore afferiti in ps	POU/SIA	<p>Nota Direttore SC: utilizzando personale infermieristico DEA e anestesista urgentista presso sala op. pad 4/3, sia nei giorni feriali che al sabato mattina, per interventi su pz urgenti, si è ottenuto di poter disporre dell'intero strumentario della SC Ortopedia, cosa indispensabile nei casi più complessi, ma anche il vantaggio di non usare materialmente la sala DEA che sarebbe così stato possibile mettere più rapidamente in funzione nel caso di altre urgenze, non di tipo ortopedico.</p> <p>sono stati eseguiti in urgenza differita presso le sale del Dea o utilizzando le sale del pad. 4 /2 come urgenza differita, nei giorni di Sabato o domenica e nei giorni feriali 109 interventi chirurgici di fratture femorali e di arto superiore , in percentuale superiore al 5% Obiettivo raggiunto</p>	5		0	
	4	Stesura istruzione di lavoro per effettuazione di tamponi rettali per ricerca KPC e tamponi faringei per ricerca MRSA a pz afferenti al PS	- stesura entro 30 gg da discussione budget - approvazione e diffusione mediante audit PS entro 45 gg da budget - monitoraggio applicazione: numero campioni effettuati/numero accessi PS	verifica giugno: n° tamponi effettuati: almeno 50 % pz eleggibili verifica settembre: n° tamponi effettuati: almeno 70 % pz eleggibili verifica dicembre: n° tamponi effettuati: almeno 90 % pz eleggibili	SC POU/CIO/LA B ANALISI	Email Direttore f.f. SC Lab. Analisi dell'8/05/2020: è stata implementata una specifica procedura, approvata e monitorata obiettivo raggiunto	5		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**





**Direttore Dottore Franco Pleitavino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	POU/CIO/Farmacia Ospedaliera	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n. 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75		3,75	
Performance	6	Definizione di un protocollo finalizzato e applicazione del percorso breve ortopedico per i codici a bassa priorità e che interessano gli AASS distalmente al gomito e gli AAll distalmente al ginocchio in collaborazione con Medicina d'Urgenza	definizione e applicazione protocollo	stesura entro 30 giugno piena applicazione entro 30 settembre	DS/SIA	Relazione Direzione POU: In PS Villa Scassi già a partire dal 1° semestre era prevista la presenza attiva dell'ortopedico in saletta dedicata per la valutazione dei pz con patologie ortopediche. Nella prima parte dell'anno l'ortopedico risultava essere consulente in guardia attiva h 12. Nel 2° semestre si è strutturata un'ulteriore ottimizzazione dle percorso. Allegato documento "Riorganizzazione dell'attività in area ortopedica - Percorso sperimentale" Obiettivo raggiunto	5		0	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





Direttore Dottore Franco Pleitavino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	7	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S. D. Assistenza sanitaria di base	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo Parzialmente Raggiunto				
		Apertura di tre agende per prime visite e relativi controlli per le seguenti specialità: Patologia dell'anca e del ginocchio n°4 prime visite e n°3 controlli Patologia della mano e del polso n°4 prime visite e n°3 controlli Patologia del metabolismo osseo e osteoporosi (inserito nel Progetto Licos) n°4 prime visite e n°2 controlli	Istituzione ambulatori con apertura pomeridiana dalle 14,15 alle 16,00 nelle giornate di martedì, mercoledì e giovedì.	da aprile 2019 attivazione ambulatori con apertura pomeridiana dalle 14,15 alle 16,00 nelle giornate di martedì, mercoledì e giovedì	POU	Email SC Direzione POU: in merito all'obiettivo si precisa che gli ambulatori sono stati attivati. Nel corso dell'anno si sono verificate alcune riduzioni degli stessi per problematiche emergenti all'interno della struttura Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		3,75	
	8	Indicatore C5.2 PNE: % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione Monitoraggio al 30.06: 62,15% (110/177) Monitoraggio al 30.09: 59,75% (144/241)	n. interventi per fratture femore con durata degenza tra ammissione e intervento <= 2gg	Almeno il 75% delle fratture di femore operate entro 2 gg	POU	Indicatore C5.2 PNE: % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione Monitoraggio al 30.06.2019: 55,28% (110/199) Monitoraggio al 30.09.2019: 53,38% (150/281) <b>Monitoraggio Anno 2019: 48,28% (197/408)</b> <b>Obiettivo non raggiunto</b>	0		0	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





Direttore Dottore Franco Pleitavino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	9	Revisione e implementazione della documentazione infermieristica (anche con urologia e pneumologia)	rispetto crono programma	al 30/11/2019 revisione della documentazione infermieristica finalizzata all'utilizzo dall'1/1/2020	POU/ Prof San	Relazione SC Professioni Sanitarie il previsto cronoprogramma indicato negli obiettivi di budget è stato rispettato: 1) al 30/11/2019 è stata ultimata l'elaborazione del documento 2) dal mese di gennaio sono state proposte dagli infermieri ulteriori modifiche alla documentazione elaborata, e la nuova cartella (inviata in allegato alla relazione) sarà utilizzata non appena i reparti coinvolti termineranno l'emergenza Covid Obiettivo raggiunto	0		10	
Performance	10	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**Direttore Dottore Franco Pleitavino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	11	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		5	
	12	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti in data 20/09/19 e 08/11/19 dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0		5	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**







**Direttore Dottore Franco Pleitavino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)	SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accredimento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Direttore Dottore Franco Pleitavino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	Obiettivo Parzialmente Raggiunto	7,5		7,5	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%	Esiti forniti <b>entro il 31/12/2019</b> in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.						
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>							<b>96,25</b>		<b>95</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA**





**Direttore Dottore Felice Scasso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	In relazione a quanto espresso nella relazione allegata agli Obiettivi DG, l'obiettivo si intende parzialmente raggiunto	3,75	☹️	0	☹️
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		12,5		0	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA**

**Direttore Dottore Felice Scasso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
<i>Performance</i>	2	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	<i>POU/CIO/Farmacia Ospedaliera</i>	5	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALLsa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75		3,75	
	3	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	<i>DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base</i>	5	0	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo raggiunto	5		0	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA**





**Direttore Dottore Felice Scasso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Predisposizione e formulazione liste operatorie di concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie con contestuale predisposizione di protocollo operativo con Anestesia e rianimazione	Protocollo operativo Inizio attività ore 7.30 - incisione cute entro e non oltre ore 8.00	Almeno il 70% dei casi nel rispetto del protocollo operativo Incremento del 5% casistica operatoria	POU/SIA	10	5	Relazione Direttore SC SIA: liste operatorie create e approvate da anestesia con la procedura per blocco operatorio Email Direttore SC Anestesia e Rianimazione: predisposte liste operatorie in concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare le sedute con inizio attività alle ore 7,30, incremento 5% dell'attività operatoria a partire da settembre 19 Obiettivo raggiunto	10	😊	5	😊
	5	Elaborazione percorso "Diagnosi e terapia delle rinosinusiti di concerto con radiologia del P.O. Micone	Elaborazione percorso	dal 1/07/2019 operatività percorso	POU	5	0	Relazione Direttore SC: stilato PDTA Diagnosi e terapia delle rinosinusiti di concerto con Radiologia P.O. Micone - Attivato da 01.06.2019 Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	6	Implementazione attività ambulatoriale per le fasce di età più deboli : Pediatria: spostamento dei pazienti di età compresa tra 0 e 10 anni in spazi dedicati con la programmazione di sedute ambulatoriali pediatriche presso l'Ospedale Villa Scassi e Ospedale P.A. Micone una volta la settimana.	evidenza programmazione calendario per pz. 0-10 anni per 2 giornate/settimana	incremento visite pz 0 - 10 anni	POU	5	5	Relazione Direttore SC: sono stati variati i limiti di età per la prenotazione negli altri ambulatori (>12anni) obbligando le prenotazioni per pz <12 anni verso gli amb dedicati. Incremento delle prestazioni da 20 dell'anno 2018 a 111 per il 2019 Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA**

**Direttore Dottore Felice Scasso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	7	Implementazione attività ambulatoriale dedicata alla glottologia Anziani: ambulatorio dedicato (Ambulatorio deglutologico) presso gli ospedali Villa Scassi e P.A. Micone una volta la settimana per la diagnosi e trattamento delle disfagie	evidenza programmazione calendario per ambulatorio diagnosi e trattamento disfagie pz. anziani per 2 giornate/settimana (1 Sestri 1 Scassi)	incremento visite pz ambulatorio disfagie	POU	5	5	Relazione Direttore SC: Attivato ambulatorio di "Degluttologia" presso i PP.OO. Micone e Villa Scassi per pz ricoverati ed esterni affetti da disfagia. Le prestazioni eseguite nel 2019 sono state 58 per pz esterni (ambulatorio per esterni attivato nel 2019) e 80 per degenti (nel 2018 circa 25 consulenze per degenti) Obiettivo raggiunto	5		5	
	8	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo	POU/ Prof San	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA**

**Direttore Dottore Felice Scasso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	9	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	10	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA**

**Direttore Dottore Felice Scasso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA**









**Direttore Dottore Felice Scasso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	<i>Farmacia Ospedaliera</i>	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b><i>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</i></b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>90</b>		<b>98,75</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. UROLOGIA

Direttore Dottore Luigi Fasce

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	In considerazione delle motivazioni espresse nella relazione allegata agli Obiettivi DG, si ritiene di attribuire il parziale raggiungimento	3,75		0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		7,5		0	
	2	Predisposizione e formulazione liste operatorie di concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie con contestuale predisposizione di protocollo operativo	Protocollo operativo Inizio attività ore 7.30 - incisioni entro e non oltre ore 8.00	Almeno il 70% dei casi nel rispetto del protocollo operativo Incremento del 5% casistica operatoria	POU/SIA	5	5	Relazione Direttore SC SIA: liste operatorie create e approvate da anestesia con la procedura per blocco operatorio Email Direttore SC Anestesia e Rianimazione: predisposte liste operatorie in concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare le sedute con inizio attività alle ore 7,30, incremento 5% dell'attività operatoria a partire da settembre 19 Obiettivo raggiunto	5		5	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. UROLOGIA**







**Direttore Dottore Luigi Fasce**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	POU/CIO/Farmacia Ospedaliera	5	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALISA n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75	☹️	3,75	☹️
	5	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	5	nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75	☹️	3,75	☹️
	6	Incremento del numero di resezioni endoscopiche transuretrali (TURP) in relazione al numero di sedute operatorie assegnate, subordinatamente alle risorse tecnologiche disponibili	incremento 5%	evidenza dell'incremento del 5%	POU	5	0	Nota Direttore SC: l'obiettivo di incremento dell'attività endoscopica del 5% è stato raggiunto grazie all'acquisto del resettore bipolare Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
		Attivazione dell'ambulatorio della calcolosi di concerto con SC Nefrologia	attivazione ambulatorio	attivazione ambulatorio calcolosi entro 1/9/2019				Nota Direttore SC: Attività ambulatoriale con SC Nefrologia non attivata (vedi nota 10/12/2019) a causa di carenza di organico medico. <b>Obiettivo parzialmente raggiunto</b>				

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. UROLOGIA**

**Direttore Dottore Luigi Fasce**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	7	Attivazione dell'ambulatorio della calcolosi: in collaborazione con la SC Laboratorio Analisi implementazione di almeno due nuovi test per la diagnosi di calcolosi renale	implementazione test	entro giugno 2019 implementazione test	POU	10	5	Relazione Direttore f.f. SC Laboratorio mail dell'8/05/2020 sono stati implementati 2 test (citraturia e fosfaturia) di cui uno solo (citraturia) fruibile, mentre non è stato possibile rendere fruibile il dosaggio della fosfaturia a causa della difficoltà nell'implementazione della metodica sulle piattaforme presenti nella S.C. <b>Obiettivo parzialmente raggiunto</b>	7,5		3,75	
	8	Indicatore C5.3: % prostatectomie transuretrali	Indicatori MES 2015 =>85% * (Al 30.09.2018 61,76% (42/68))	Al 31.12.2019 almeno 85% prostatectomie transuretrali	POU	5	0	al 30.06.2019: 74,51% (38/51) al 30.09.2019: 70,15% (47/67) al 31.12.2019: 67,42% (60/89) obiettivo non raggiunto	0		0	
	9	Formazione del personale per la revisione e implementazione della documentazione infermieristica	rispetto crono programma	al 30/06/2019 partecipazione al corso di formazione di almeno il 90% del personale coinvolto al 31/12/2019 presentazione dati della sperimentazione dell'inserimento della documentazione infermieristica	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Professioni Sanitarie il previsto cronoprogramma indicato negli obiettivi di budget è stato rispettato: 1) al 30/11/2019 è stata ultimata l'elaborazione del documento 2) dal mese di gennaio sono state proposte dagli infermieri ulteriori modifiche alla documentazione elaborata, e la nuova cartella (inviata in allegato alla relazione) sarà utilizzata non appena i reparti coinvolti termineranno l'emergenza Covid Obiettivo raggiunto	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. UROLOGIA**

**Direttore Dottore Luigi Fasce**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	10	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	11	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	10	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. UROLOGIA

Direttore Dottore Luigi Fasce

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	7,5	😐
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%	Esiti forniti <b>entro il 31/12/2019</b> in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU								

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. UROLOGIA**

**Direttore Dottore Luigi Fasce**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>Farmacia Ospedaliera</i>	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b><i>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</i></b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>73,75</b>		<b>93,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Chirurgia vascolare ad indirizzo di cura della macro angiopatia diabetica e delle lesioni del piede diabetico**

**Direttore Dottore Gianantonio Simoni (fino al 6/12/2019)**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	In considerazione delle motivazioni espresse nella relazione allegata agli Obiettivi DG, si ritiene di attribuire il parziale raggiungimento	3,75	☹️	0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC		12,5		0	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Chirurgia vascolare ad indirizzo di cura della macro angiopatia diabetica e delle lesioni del piede diabetico**

**Direttore Dottore Gianantonio Simoni (fino al 6/12/2019)**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	2	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	POU/CIO/Farmacia Ospedaliera	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALISA n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75	☹️	3,75	☹️
	3	Predisposizione e formulazione liste operatorie di concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie con contestuale predisposizione di protocollo operativo	Protocollo operativo Inizio attività ore 7.30 - incisione cute entro e non oltre ore 8.00	Almeno il 70% dei casi nel rispetto del protocollo operativo Incremento del 5% casistica operatoria	POU/SIA	Relazione Direttore SC SIA: liste operatorie create e approvate da anestesia con la procedura per blocco operatorio Email Direttore SC Anestesia e Rianimazione: predisposte liste operatorie in concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare le sedute con inizio attività alle ore 7,30, incremento 5% dell'attività operatoria a partire da settembre 19 Obiettivo raggiunto	10	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Chirurgia vascolare ad indirizzo di cura della macro angiopatia diabetica e delle lesioni del piede diabetico**





**Direttore Dottore Gianantonio Simoni (fino al 6/12/2019)**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S. D. Assistenza sanitaria di base	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	☹️	3,75	☹️
	5	Elaborazione protocollo condiviso con Cardiologia Villa Scassi, Medicina d'urgenza e Neurologia per la realizzazione di percorsi "brevi" e per la riduzione dei ricoveri nei reparti per le seguenti patologie: ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA SINCOPE FIBRILLAZIONE ATRIALE	- numero di eco-doppler TSA ed ecocardiografie eseguite, numero di invii in ambulatorio neurologico '- numero di accessi in ambulatorio aritmologico	Entro 30/6 elaborazione protocollo '- numero di pazienti dimessi con diagnosi di ischemia cerebrale transitoria '- numero di pazienti dimessi con diagnosi di sincope entro le 48 ore '- numero di pazienti dimessi con diagnosi di fibrillazione atriale entro 48 ore	SC POU	Email Responsabile SSD: in seguito ad elaborazione del protocollo in data 26/06/2019, condiviso con Medicina d'urgenza, Neurologia e Cardiologia per la realizzazione di percorsi brevi nei pazienti con ischemia cerebrale transitoria valutandone le caratteristiche cliniche per eleggibilità, la Chirurgia vascolare ha eseguito nel 2019 174 esami dei TSA urgenti provenienti dal Pronto Soccorso. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	6	Dgr 1746/2014 : trasferimento in regime ambulatoriale - cod. intervento 38.59 - casistica afferente il Drg 119	Nr casi amb/Nr dimessi con Drg 119* (vedi scheda ind performance)	Trasferimento 80% casistica Drg 119 in regime ambulatoriale entro 30/11/2019	PPC	Anno 2018= 30 Drg 119-18 Prest 38.59 (60%) Anno 2019= 38 Drg 119- 17 Prest 38.59 (45%) Obiettivo non raggiunto	0	☹️	0	☹️

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Chirurgia vascolare ad indirizzo di cura della macro angiopatia diabetica e delle lesioni del piede diabetico**



**Direttore Dottore Gianantonio Simoni (fino al 6/12/2019)**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	7	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		15	
	8	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		15	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Chirurgia vascolare ad indirizzo di cura della macro angiopatia diabetica e delle lesioni del piede diabetico**





**Direttore Dottore Gianantonio Simoni (fino al 6/12/2019)**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
UGR		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2019 Rispetto degli indicatori.						

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Chirurgia vascolare ad indirizzo di cura della macro angiopatia diabetica e delle lesioni del piede diabetico**

**Direttore Dottore Gianantonio Simoni (fino al 6/12/2019)**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%	Esiti forniti <b>entro il 31/12/2019</b> in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.	U.G.R.	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Parzialmente Raggiunto	7,5		7,5	
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit						
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato da RPD con e-mail in data 31/12/2019 e integrato da nota Direttore Dipartimento Chirurgico attestante la corretta effettuazione di audit. Obiettivo raggiunto	5		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Chirurgia vascolare ad indirizzo di cura della macro angiopatia diabetica e delle lesioni del piede diabetico**

**Direttore Dottore Gianantonio Simoni (fino al 6/12/2019)**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>							<b>75</b>		<b>90</b>	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Chirurgia Toracica**  
**Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	Vedi scheda allegata - Obiettivo non raggiunto	0	☹️
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20		8,75	
	2	Predisposizione e formulazione liste operatorie di concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie con contestuale predisposizione di protocollo operativo	Protocollo operativo Inizio attività ore 7.30 - incisione cute entro e non oltre ore 8.00	Almeno il 70% dei casi nel rispetto del protocollo operativo Incremento del 5% casistica operatoria	POU/SIA	15	Relazione Direttore SC SIA: liste operatorie create e approvate da anestesia con la procedura per blocco operatorio Email Direttore SC Anestesia e Rianimazione: predisposte liste operatorie in concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare le sedute con inizio attività alle ore 7,30, incremento 5% dell'attività operatoria a partire da settembre 19 Obiettivo raggiunto	15	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Chirurgia Toracica**  
**Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino**


tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note
Performance	3	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	POU/CIO/Farmacia Ospedaliera	10	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	☹️
	4	Chirurgia toracica miniinvasiva videotorascopica	almeno 15 resezioni polmonari sublobari videotorascopiche per tumore polmonare. Criterio di inclusione: tumori al I stadio cioè T1 o T2 e sempre N0	Al 30/11 almeno 15 resezioni polmonari sublobari videotorascopiche per tumore polmonare. Criterio di inclusione: tumori al I stadio cioè T1 o T2 e sempre N0.	POU	20	Email Responsabile SSD: dalla revisione della casistica operatoria relativa all'anno 2019 risulta che al giorno 30/11 sono state eseguite presso la SSD Chirurgia Toracica n. 21 resezioni polmonari sublobari videotorascopiche Obiettivo raggiunto	20	😊



**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Chirurgia Toracica**  
**Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note
QUALITÀ	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Chirurgia Toracica**  
**Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato da RPD con e-mail in data 31/12/2019 e integrato da nota Direttore Dipartimento Chirurgico attestante la corretta effettuazione di audit. Obiettivo raggiunto	10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>		<b>81,25</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.S.D. DAY E WEEK SURGERY





Responsabile Dottore Marco Castagnola

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referen te	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenz a	Note	Punti compar to	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	Vedi scheda allegata - Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		20		0	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. DAY E WEEK SURGERY**





Responsabile Dottore Marco Castagnola

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	2	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	POU/CI O/Farmacia Ospedaliera	10	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALLsa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,50		3,75	
	3	Predisposizione e formulazione liste operatorie di concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie con contestuale predisposizione di protocollo operativo	Protocollo operativo Inizio attività ore 7.30 - incisione cute entro e non oltre ore 8.00	Almeno il 70% dei casi nel rispetto del protocollo operativo Incremento del 5% casistica operatoria	POU/SIA	10	5	Relazione Direttore SC SIA: liste operatorie create e approvate da anestesia con la procedura per blocco operatorio Email Direttore SC Anestesia e Rianimazione: predisposte liste operatorie in concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare le sedute con inizio attività alle ore 7,30, incremento 5% dell'attività operatoria a partire da settembre 19 Obiettivo raggiunto	10		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. DAY E WEEK SURGERY**





Responsabile Dottore Marco Castagnola

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Trasferimento in regime ambulatoriale DRG 160 e DRG 162 (prestazioni ad alto rischio inappropriatezza Dgr1222/2011) a seguito di individuazione Casistica ambulatoriale "complessa", DS e ricovero ordinario di un giorno effettuata nel 2018 con sperimentazione e pubblicazione sul sito	Incremento casistica ambulatoriale del 2%	Incremento del 2% - almeno il 75% sul totale dei casi deve essere effettuato in regime ambulatoriale	POU	10	5	217 interventi in regime di ricovero ordinario 9 interventi in regime di ricovero diurno 4961 interventi in regime ambulatoriale = 69% sul totale casi Relazione Responsabile SSD in data 03.06.2020: nr 100 ernie vanno scompartate perché il trattamento in regime ambulatoriale è da ritenersi appropriato per le ernie monolaterali primitive. Le ernie trattate in regime di ricovero hanno motivazioni di ordine clinico o logistico/sociali Obiettivo parzialmente raggiunto	7,50		3,75	
	5	Incremento attività per via laparoscopica: 1)Incremento appendicectomie laparoscopiche nelle donne in età fertile	incremento appendicectomie laparoscopiche	Appendicectomie laparoscopiche/Appendicectomie totali > 75%	PPC	5	5	91,67% (11/12) Obiettivo raggiunto	3,75		3,75	
		2)Incremento ernie inguinali per via laparoscopica (recidive o bilaterali)	incremento ernie inguinali per via laparoscopica	Ernie inguinali / Ernie laparoscopiche > 15%				Nota Responsabile SSD in data 03.06.2020: obiettivo poco percorribile per indisponibilità da parte del personale anestesista e da parte di alcuni pazienti verso anestesia generale per tale patologia; difficoltà nella fornitura di protesi adeguate; nonostante tutto si riscontra un aumento della percentuale di ernie recidive e bilaterali trattate dalla Struttura Obiettivo parzialmente raggiunto				

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

#### S.S.D. DAY E WEEK SURGERY

Responsabile Dottore Marco Castagnola

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	15	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		15	
	7	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	15	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		15	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. DAY E WEEK SURGERY**





Responsabile Dottore Marco Castagnola

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referen- te	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenz a	Note	Punti compar to	Note
UGR		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	<b>Entro il 31/12/2019</b> Rispetto degli indicatori.								
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%	Esiti forniti <b>entro il 31/12/2019</b> in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit								

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. DAY E WEEK SURGERY**

**Responsabile Dottore Marco Castagnola**



tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referen- te	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenz a	Note	Punti compar to	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Govern o Clinico e Organiz zazione Sanitari a	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accREDITAMENTO da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITAMENTO. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari General i	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato da RPD con e-mail in data 31/12/2019 e integrato da nota Direttore Dipartimento Chirurgico attestante la corretta effettuazione di audit. Obiettivo raggiunto	10		10	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. DAY E WEEK SURGERY**







**Responsabile Dottore Marco Castagnola**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referen te	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenz a	Note	Punti compar to	Note
<i>Progetti</i>	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	<i>Farmac ia Ospeda liera</i>	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b><i>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</i></b>	0		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>93,75</b>		<b>96,25</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Anestesia e Rianimazione**

**Direttore Dottoressa Enrica Caviglia**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Flussi e indirizzi regionali	1	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Predisposizione e formulazione liste operatorie di concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie con contestuale predisposizione di protocollo operativo	Predisposizione Protocollo operativo Inizio attività ore 7.30 - incisione cute entro e non oltre ore 8.00	Predisposizione protocollo entro il 30/04/2019 Dal 1° Maggio 2019 almeno il 70% dei casi nel rispetto del protocollo operativo. Verifica al 30/11/2019 Incremento del 5% casistica operatoria	POU/SIA	15	5	Relazione Direttore SC SIA: liste operatorie create e approvate da anestesia con la procedura per blocco operatorio: Gallino 432; Micone 242;Dea 1019;Pad 1 centro ustioni 22, pad 3 chir. Generale e Vascolare 437;Pad 4 Ortopedia 401;Pad. 5 ostetricia e ginecologia;pad. 6 Urologia;pad 8 Pneumologia interventistica. Email Direttore SC Anestesia e Rianimazione: predisposte liste operatorie di concerto con strutture chirurgiche al fine di ottimizzare le sedute con inizio attività alle ore 7,30; aumento >5% dell'attività operatoria a partire da settembre 2019, grazie alla collaborazione di alcuni colleghi dell'Ospedale di San Martino che, con prestazioni aggiuntive, hanno permesso di incrementare l'attività operatoria; il 70% dei casi chirurgici sono entrati in sala alle ore 7.30 e la cute incisa entro le ore 8, attività documentabile tramite cartella informatizzata della sala operatoria presente in tutti i BO.	15		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Anestesia e Rianimazione**



**Direttore Dottoressa Enrica Caviglia**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	2	Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale per la terapia del dolore con elaborazione di protocollo di presa in carico	Evidenza protocollo 70% casistica appropriata	Entro il 30/04 elaborazione protocollo Almeno il 70% della casistica presa in carico in base al protocollo	POU	10	0	Email Direttore SC: protocollo elaborato in data 15/01/2019. Applicato al 73% dei casi. Obiettivo raggiunto	10	😊	0	😊
Performance	3	Aumento ore attività Ambulatorio terapia del dolore Fiumara	Nr prestazioni	Aumento prestazioni del 10%	POU	15	0	Aumento del 10% dell'attività ambulatoriale della Fiumara grazie all'aumento di una seduta/settimana Vedi schema allegato: Obiettivo raggiunto	15	😊	0	😊
	4	Riduzione infezioni catetere correlate da germi difficili in rianimazione	Incidenza di infezioni rilevate dalle colture di sorveglianza	Riduzione 5% infezioni	POU/CIO	10	15	Relazione CIO: era richiesta una diminuzione del 5%. Si è passati da una media 27/ 1000 (nel 2018) al 15/1000 gg cvc, nonostante l'andamento non uniforme (ma molto legato alla variabile) paziente/patologia. Si rientra nell'obiettivo	10	😊	15	😊
	5	Miglioramento dei percorsi di cura di quadri di emergenza psichiatrica (in particolare agitazione psicomotoria, stati di intossicazione acuta da sostanze) in collaborazione con Medicina d'urgenza e DSM	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di trattamento in Ospedale per i pazienti che presentano agitazione psicomotoria e intossicazione acuta da sostanze	Entro 30 Marzo attivazione di tavolo tecnico Entro 30 settembre stesura linee di indirizzo Entro 31 dicembre condivisione linee di indirizzo presso tutte le sedi interessate	DSS/POU	10	5	Come da relazione del Direttore di Dipartimento Salute Mentale: conservata agli atti tutti gli obiettivi previsti sono stati raggiunti	10	😊	5	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Anestesia e Rianimazione**

**Direttore Dottoressa Enrica Caviglia**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
<i>Performance</i>	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) entro 24 ore dal ricevimento della merce	<i>POU/ Prof San/ Farmacia</i>	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Anestesia e Rianimazione**





**Direttore Dottoressa Enrica Caviglia**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	7	Progetto informatizzazione sale: disponibilità di estrazione cartella operatoria validata su file	Cartella operatoria in formato elettronico completamente fruibile	eliminazione della cartella operatoria cartacea dal 30/09/2019 negli ospedali Gallino e Micone	POU/ Prof San/SIA	0	10	<p>Il progetto informatizzazione sale operatorie e' stato sviluppato; ad oggi tutti i blocchi operatori eseguono la registrazione degli interventi chirurgici su sivilis-sale operatorie. La registrazione informatizzata comprende i dati relativi a:</p> <p>INFERMIERE ( documentazione clinica-preparazione paziente-sign in-time out-sign out)</p> <p>ANESTESISTA: dati relativi all'anestesia TECNICO RX ( rischio radiologico)</p> <p>CHIRURGO (dati generali-intervento e diagnosi-dati del chirurgo-equipe-check list-referto-richieste interne)</p> <p>La cartella operatoria e' completamente fruibile in formato elettronico accedendo a sivilis-sale operatorie.</p> <p>Presso l'ospedale Gallino si esegue la registrazione degli interventi chirurgici in modalita' informatizzata.</p> <p>Presso l'ospedale Micone l'informatizzazione riguarda orl-ort, mentre la specialita' di oculistica non e' ancora a regime</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	0	😊	10	😊
Performance	8	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	5	<p>Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti.</p> <p>Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	0	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Anestesia e Rianimazione**

**Direttore Dottoressa Enrica Caviglia**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2015 Audit parte prima	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	<p>1) Stesura delle proposte di miglioramento</p> <p>2) Espressione degli indicatori di processo ed esito</p>	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10		10	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Anestesia e Rianimazione**

**Direttore Dottoressa Enrica Caviglia**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Email Direttore Dipartimento: ai fini del raggiungimento degli obiettivi sulla privacy, l'attività è stata correttamente svolta.  Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEMA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica**  
**Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro**





tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	L'attività della Struttura non rientrava tra la casistica soggetta ad aumento della produzione da Documento Tecnico di budget Alla luce dell'attività ospedaliera erogata dalla Chirurgia Plastica si evidenzia comunque un incremento del valore della produzione Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	1	Mantenimento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		16,25		0	





**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica**  
**Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	2	Trattamento linfoedema: avvio attività di microchirurgia dei vasi linfatici su microedemi arti ii e sup	5 interventi/mese	entro 30/04 avvio attività con lista operatoria dedicata entro 31/12 almeno 40 interventi	SC POU	10	10	Email Direttore SC: Trattamento Linfedema: e' stata avviata l'attività di Microchirurgia dei vasi linfatici con contratto a ore assegnato al Dott. Corrado Campisi, attivato il 30/03/2019. A causa dei ritardi nella ristrutturazione della Sala Operatoria della S.C. Centro Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica, divenuta operativa a Settembre 2019 a pieno regime, sono state effettuate alcune sedute operatorie al DEA (quando disponibili e in relazione alla carenza importante degli anestesisti), mentre da Ottobre a Dicembre 2019, e' stato possibile effettuarle nella nuova sala operatoria della S.C., come da programma con cadenza regolare con 2 sedute operatorie fisse ogni mese per una media di 4 pazienti/mese. Il totale dei casi pertanto e' di 14 pazienti In considerazione dei ritardi nell'avvio dell'attività l'obiettivo si intende raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Incremento casi chirurgia senologica	Aumento casi	Entro 30/11 aumento casi chirurgia senologica	PPC	10	0	Email Direttore SC Incremento casi di Chirurgia Senologica Interventi eseguiti Gennaio 2018-Dicembre 2018 totale 364 (di cui 233 nuovi casi di tumore mammario), mentre Interventi eseguiti Gennaio 2019-Dicembre 2019 totale 390 (di cui 268 nuovi casi di tumore mammario). Obiettivo raggiunto	10	😊	0	😊



**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica**  
**Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	4	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinoloni	POU/CIO /Farmacia Ospedaliera	15	10	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	11,25		7,5	
Performance	5	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavano e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavano e per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		10	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica**  
**Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
<i>Performance</i>	6	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	<i>POU/ Prof San</i>	0	20	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		20	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica**  
**Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:		Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredитamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredитamento attraverso CHECK di monitoraggio. Implementazione del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Audit parte Prima entro ottobre 2019	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredитamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
				Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015				Nei giorni 9,10,11 dicembre 2019 l'Azienda è stata sottoposta ad Audit da parte del Rina. A seguito di Audit positivo la certificazione è stata estesa alla struttura				

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica**  
**Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2019 Rispetto degli indicatori	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	
	2	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%	Esiti forniti entro il 31/12/2019 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU								
	3	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit								

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica**  
**Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Email Direttore Dip Emergenza ed Accettazione: tutte le strutture hanno provveduto agli adempimenti privacy 2019 Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedali era	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>90,00</b>		<b>95,00</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina d'Urgenza



Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Flussi e Indirizzi regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	5	0		3,75		0	
	2	Riduzione degenza media reparto Degenza Breve	Degenza media reparto	Al 31/12 Degenza media < 6 gg	SC POU	10	0	Degenza media anno 2019= 7,16 gg Allegata nota Responsabile S.S. degenza breve Obiettivo non raggiunto	0	😞	0	
	3	Riduzione permanenza in OBI	80% casi<36h	Almeno l'80% dei casi inferiore alle 36 h	SC POU	10	5	Email Direttore f.f. SC Med Urgenza e SC SIA: permanenza in OBI nel 2019 di durata inferiore alle 36 ore si è verificata nel 81,22% dei casi Allegato report excel Obiettivo raggiunto	10	😊	5	😊

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina d'Urgenza

Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero



tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	4	Elaborazione protocollo condiviso con Cardiologia Villa Scassi, Chirurgia Vascolare e Neurologia per la realizzazione di percorsi "brevi" e per la riduzione dei ricoveri nei reparti per le seguenti patologie: ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA SINCOPE FIBRILLAZIONE ATRIALE	- numero di eco-doppler TSA ed ecocardiografie eseguite, numero di invii in ambulatorio neurologico '- numero di accessi in ambulatorio aritmologico	Entro 30/6 elaborazione protocollo '- numero di pazienti dimessi con diagnosi di ischemia cerebrale transitoria '- numero di pazienti dimessi con diagnosi di sincope entro le 48 ore '- numero di pazienti dimessi con diagnosi di fibrillazione atriale entro 48 ore	SC POU	5	5	Email Direttore f.f. SC: Nell'anno 2019 una collaborazione tra PS-OBI, Neurologia, Chirurgia Vascolare, Cardiologia ha portato alla elaborazione in data 26/06/2019 di un percorso diagnostico per i pazienti con patologia ischemica transitoria cerebrale, tale da poter ridurre in modo significativo i ricoveri di tali pazienti e di limitarli solo a chi ne avesse reale necessità. Allegato il protocollo in questione. Nel secondo semestre dell'anno 2019 sono stati valutati in PS-OBI Ospedale Villa Scassi 93 pazienti affetti da ischemia cerebrale transitoria. Di questi tutti hanno eseguito una valutazione Neurologica e un eco-color-doppler dei TSA. L'88% dei pazienti ha eseguito una ecocardiografia. Dei 93 pazienti, 51 sono stati dimessi (54,83%) dopo aver eseguito gli accertamenti e le visite indicate nell'allegato. Obiettivo raggiunto	5		5	



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina d'Urgenza


Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Creazione di percorso "breve" per il pz con Scompenso cardiaco lieve al fine di ridurre al minimo il periodo di permanenza del paziente in PS e di ridurre i ricoveri nei reparti in collaborazione con la S.C. Cardiologia Utic P.A. Micone	Elaborazione percorso numero di accessi in ambulatorio cardiologico dello scompenso cardiaco	Evidenza percorso al 30/06/2019 declinare risultati attesi Nr pazienti dimessi con diagnosi di insufficienza ventricolare sn e insufficienza cardiaca congestizia	SC POU	5	5	Relazione Direttore SC Cardiologia Micone: collaborazione iniziata il 1 Gennaio 2019, ha consentito di approntare un percorso privilegiato per i suddetti pazienti; il percorso "breve" è stato organizzato in modo tale che i pazienti giunti al Primo Intervento dell'Osp Micone con le caratteristiche sopra esposte, a seguito di un contatto diretto con i medici dell'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco della SC Cardiologia-UTIC ricevessero immediatamente un appuntamento per eseguire una valutazione entro 3 gg. Nel periodo 1/1/2019-31/12/2019 questo protocollo ha consentito di arruolare presso il Primo Intervento Osp Micone 61 pazienti. Di questi 61 pazienti, 30 sono stati successivamente seguiti dai medici dell'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco nell'ambito di uno specifico percorso diagnostico-terapeutico (tabella allegata). Ciò ha evitato il ricovero inappropriato in strutture degenziali di circa il 50% dei pazienti osservati con notevole riduzione del consumo di risorse umane ed economiche. Obiettivo raggiunto	5		5	

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina d'Urgenza



Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	6	Applicazione del un percorso breve ortopedico per i codici a bassa priorità e che interessano gli AASS distalmente al gomito e gli AAIL distalmente al ginocchio	applicazione protocollo	revisione entro 30 giugno piena applicazione entro 30 settembre	DS/SIA	5	0	<p>Relazione Direzione POU: In PS Villa Scassi già a partire dal 1° semestre era prevista la presenza attiva dell'ortopedico in saletta dedicata per la valutazione dei pz con patologie ortopediche. Nella prima parte dell'anno l'ortopedico risultava essere consulente in guardia attiva h 12. Nel 2° semestre si è strutturata un'ulteriore ottimizzazione del percorso. Allegato documento "Riorganizzazione dell'attività in area ortopedica - Percorso sperimentale" Obiettivo raggiunto</p>	5		0	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina d'Urgenza

Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	7	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti Rivalutazione clinica dei codici gialli	60% pz entro 30 minuti rivalutazione clinica ogni 2 h	Almeno il 60% Rivalutazione clinica ogni 2 h	PPC	5	5	<p>Report Ufficio Flussi - Indicatore MES C16.1 - al 31/12/2019:            Scassi: 43,39%            Gallino: 92,11%            Micone: 98,72%            Totale POU: 53,56%</p> <p><b>Nota SC Direzione POU:</b> dal mese di Dicembre 2019 si è concordato un percorso per la suddivisione dei percorsi ad alta e a bassa intensità, prevedendo una separazione anche strutturale dei percorsi stessi (nota Prot. n° 71310214 del 18/12/2019): Questo nuovo percorso ha portato ad un progressivo miglioramento dei tempi di processazione dei pazienti afferenti al PS, inoltre, con l'attivazione del percorso fast track per i pazienti ortopedici (ortopedico direttamente accettante in PS) si sono ottimizzati anche i tempi di processazione dei pazienti con problematiche monospecialistiche ortopediche. Se la riduzione dei tempi di processazione dei pazienti in PS non è immediatamente rilevabile, i nuovi percorsi (frutto di un lavoro multidisciplinare e multispecialistico che ha visto coinvolte differenti professionalità di PS, ortopedia e Direzione Medica), hanno comunque permesso di attuare un'importante ottimizzazione dei percorsi all'interno di un PS con criticità strutturali.            Obiettivo parzialmente raggiunto</p>	3,75		3,75	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina d'Urgenza





Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	8	Istituzione del servizio socio sanitario ospedaliero con compiti di valutazione sociale e attivazione del MAC (Meglio a Casa)	Definizione procedure e compiti As e ASV Definizione modalità di segnalazione	al 30/06/2019: attivazione servizio socio sanitario ospedaliero al 31/12/2019 effettuazione almeno 25 valutazioni sociali	DSS/PPC	0	5	Relazione SC Professioni Sanitarie: tempi preventivati per la ristrutturazione dei locali, in particolare per i lavori di abbattimento delle barriere architettoniche all'ingresso, non sono stati rispettati per cui l'inaugurazione del servizio è stata posticipata ed ora, a causa dell'Emergenza COVID 19 non è possibile preventivare i tempi. Si è invece conclusa la parte di definizione dei compiti delle due professioni e le modalità di segnalazione (vedi allegato) Allegata attività svolta dall'assistente sociale nell'anno 2019 e confronto con gli anni precedenti Obiettivo raggiunto	0		5	
	9	Stesura istruzione di lavoro per effettuazione di tampone rettale per ricerca KPC e tampone faringeo per ricerca MRSA a pz afferenti al PS	- stesura entro 30 gg da discussione budget - approvazione e diffusione mediante audit PS entro 45 gg da budget - monitoraggio applicazione: numero campioni effettuati/numero accessi PS	verifica giugno: n° tamponi effettuati: almeno 50 % pz eleggibili verifica settembre: n° tamponi effettuati: almeno 70 % pz eleggibili verifica dicembre: n° tamponi effettuati: almeno 90 % pz eleggibili	SC POU/CIO/ LAB ANALISI	5	5	Email Direttore f.f. SC Lab. Analisi dell'8/05/2020: è stata implementata una specifica procedura, approvata e monitorata Relazione SC Direzione POU (CIO): allegata istruzione operativa Email Direttore f.f. SC: effettuati tamponi rettali nel 93% dei pazienti rocoverati da PS/Obi nei reparti chirurgici e nei reparti medici individuati obiettivo raggiunto	5		5	

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Medicina d'Urgenza





Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	10	Miglioramento dei percorsi di cura di quadri di emergenza psichiatrica (in particolare agitazione psicomotoria, stati di intossicazione acuta da sostanze) in collaborazione con DSM e Rianimazione	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di trattamento in Ospedale per i pazienti che presentano agitazione psicomotoria e intossicazione acuta da sostanze	Entro 31 Marzo attivazione di tavolo tecnico Entro 30 settembre stesura linee di indirizzo Entro 31 dicembre condivisione linee di indirizzo presso tutte le sedi interessate	DSS/POU	5	5	Come da relazione del Direttore di Dipartimento Salute Mentale: conservata agli atti tutti gli obiettivi previsti sono stati raggiunti	5		5	
	11	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) entro 24 ore dal ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		10	

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina d'Urgenza



Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	12	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	5	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		5	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina d'Urgenza





Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Progettazione e sviluppo, in collaborazione con la S.C.Medicina Legale, di un corso di formazione dedicato alla gestione delle Violenze Sessuali/Violenze di genere	Corso Pubblicato e fruibile	Entro il 31/05/2019 il corso è pubblicato sul portale aziendale ed è fruibile.	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit								

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Medicina d'Urgenza

Direttore f.f. Dottore Alessandro Rollero

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Nota Direttore f.f. SC : svolti regolarmente gli audit previsti e la compilazione dei format di monitoraggio, come risulta dai verbali in possesso della Caposala sig.ra Daniela Melone Obiettivo raggiunto	10		10	
Progetti	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>95</b>	<b>100</b>		<b>80</b>		<b>96,25</b>	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Pneumologia**







**Direttore Dottore Claudio Simonassi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	5	0	Vedi scheda allegata - L'obiettivo risulta non raggiunto, ma in considerazione del fatto che nel complesso la produzione ospedaliera ed ambulatoriale della Struttura è aumentata. si attribuisce un parziale raggiungimento	3,75	☹️	0	☹️
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		15		0	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Pneumologia



Direttore Dottore Claudio Simonassi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	2	Riduzione tempi attesa prestazioni ambulatoriali - visite e spirometrie Adesione ai piani di potenziamento aziendali	Rispetto classi di priorità B e D in almeno 95% dei casi	Almeno il 95% dei casi nei tempi previsti	S.S.D. Assistenza sanitaria di base/DS	5	5	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Obiettivo parzialmente raggiunto	3,75		3,75	
	3	Prosecuzione attività e aumento nr casi	Incremento del 5% nr casi	Incremento 5% casi	SC Pneumologia	10	0	L'incremento del valore della produzione ospedaliera è pari al 2,21% e si riscontra un aumento del peso della casistica trattata, l'attività ambulatoriale è aumentata del 7,57% . L'obiettivo si intende raggiunto	10		0	
	4	Interventi endoscopici su pazienti provenienti da altri Ospedali	nr pazienti inviati da altri Ospedali Metropolitani (Evangelico e Galliera), altre asl regionali ed extraregionali	> 30 pazienti anno	POU	10	5	Email Direttore SC: interventi endoscopici su pazienti provenienti da altri Ospedali risultano 32 nell'anno Obiettivo raggiunto	10		5	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Pneumologia**

**Direttore Dottore Claudio Simonassi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	5	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	<i>POU/CI O/Farmacia Ospedaliera</i>	10	5	Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALisa n.7 /2019 Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		3,75	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Pneumologia**



**Direttore Dottore Claudio Simonassi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) entro 24 ore dal ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	7	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	15	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Pneumologia**



**Direttore Dottore Claudio Simonassi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	8	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti in data 20/09/19 e 08/11/19 dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Pneumologia**



**Direttore Dottore Claudio Simonassi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio. Implementazione del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Audit parte Prima entro ottobre 2019</p>	SC Governore Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	10		10	
			<p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>	<p>Nei giorni 9,10,11 dicembre 2019 l'Azienda è stata sottoposta ad Audit da parte del Rina. A seguito di Audit positivo la certificazione è stata estesa alla struttura</p>								
	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2019 Rispetto degli indicatori								

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Pneumologia**

**Direttore Dottore Claudio Simonassi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	2	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%	Esiti forniti entro il 31/12/2019 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	
	3	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit								

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Pneumologia

Direttore Dottore Claudio Simonassi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referent e	Punti dirigenza	Punti compart o	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti compar to	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmaci a Ospedal iera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>87,5</b>		<b>95</b>	



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Ostetricia e Ginecologia





Direttore Dottore Gabriele Vallerino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. Nel documento tecnico di budget	Valore della produzione (vedi scheda allegata)	Incremento valore produzione	PPC	10	0	Vedi scheda allegata - Obiettivo raggiunto	10	😊	0	😊
	2	FLUSSI (con particolare riferimento ai flussi CEDAP)	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		14,38		0	
	2	<b>Indicatore C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)</b> (Monitoraggio al 30/09/2018 :38,26% (88/230) Vedi indicatori Performance)	<=25% come da indicazioni regionali	Riduzione nr parti cesarei (NTSV)				28,25% (63/223) vedi allegato Indicatori di performance si registra comunque una riduzione rispetto ai periodi precedenti e pertanto l'obiettivo si intende parzialmente raggiunto	7,5	😊	3,75	😊
	Riduzione Percentuale parti cesarei primari	Dimissioni con parto cesareo primario/Tot dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo	Incremento nr parti naturali	POU	10	5	Partendo da un campione di parti relativi a donne senza precedenti cesarei: anno 2018: 120 cesarei/537 parti totali = 22,35% anno 2019: 112 cesarei/523 parti totali = 21,41% Obiettivo parzialmente raggiunto					

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Ostetricia e Ginecologia**





**Direttore Dottore Gabriele Vallerino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D . Assistenza sanitaria di base	5	0	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Le prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA risultano in linea con i tempi di attesa prescritti Obiettivo raggiunto	5		0	
	4	Oncologia ginecologica: elaborazione PDTA per pazienti con carcinoma endometrio	nr cartelle con PDTA/nr pazienti con patologia	Entro 30/07 elaborazione PDTA al 30/09 100% pz con patologia trattate secondo PDTA 100% delle cartelle con PDTA	POU	5	5	Email Direttore SC :In accordo con quanto elaborato dal DIAR oncologico in Alisa è stato elaborato ed applicato il PDTA per le pazienti affette da ADK dell'endometrio. La paziente che afferisce per sanguinamento uterino anomalo e/o ispessimento endometriale viene sottoposta ad isteroscopia diagnostica e/o operativa; post diagnosi di ADK endometrio si esegue stadiazione preoperatoria con TC addome e torace e dosaggio CA 125 e dopo discussione collegiale in DMT sono state sottoposte a chirurgia.Con il referto dell'istologico i casi sono stati tutti ridiscussi collegialmente in DMT e inviati a follow-up oncologico e/o a terapia adiuvante In allegato i dati delle pazienti affette da ADK ENDOMETRIO operate nel 2019 secondo quanto esposto. Obiettivo raggiunto	5		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Ostetricia e Ginecologia**







**Direttore Dottore Gabriele Vallerino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	Riduzione 2% consumo antibiotici Riduzione del 2% dei fluorochinolomici	POU/CIO/Farmacia Ospedaliera	10	10	<p>Relazione SC Farmacia Ospedaliera: Allegato 13): Nell'anno 2019 vi è stata una riduzione in termini di spesa di circa 15%, mentre le DDD si sono ridotte solo dell'0.63% e non del 2% in DDD come previsto dalla Delibera Alisa n 7/2019. Se però si valutano i singoli trimestri si può vedere come nel I trim e nel IV trim la riduzione abbia raggiunto picchi di -4% e -6%. Per gli antibiotici chinolonici sistemici si è raggiunto ampiamente l'obiettivo della Dg ALISA n.7 /2019</p> <p>Sono presenti tabelle dalle quali si evince come sia stata realizzata anche la riduzione degli antibiotici chinolonici orali, secondo indicazioni AIFA.</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto</p>	7,5		7,5	
	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	<p>tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti .</p> <p>Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti.</p> <p>Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Ostetricia e Ginecologia**



**Direttore Dottore Gabriele Vallerino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Valutazione della qualità percepita dagli utenti delle SS.CC. ospedaliere del P.O.U. per le attività degenziali	realizzazione di almeno n° 2 rilevazioni	presentazione analisi e interpretazione dati raccolti nel 100% delle SS.CC. interessate	POU/ Prof San	0	20	Relazione SC Governo Clinico: coinvolte 50 sedi ambulatoriali e 28 sedi degenziali per un tot di 78 siti. Compilati 1.641 questionari nelle degenza, 1.423 negli ambulatori per un totale di 3.064 questionari pervenuti. Obiettivo raggiunto	0		20	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	 	10	 

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Ostetricia e Ginecologia**

**Direttore Dottore Gabriele Vallerino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
U.G.R.	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0 ) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2019 Rispetto degli indicatori.	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo parzialmenteaggiunto	7,5		7,5	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%									
		Simulazione intervento ostetrico complicato in emergenza (es.emorragia materna postpartum) Collaborazione con UGR, DEA, personale del comparto e Anestesisti Rianimatori	Evidenza evento	Entro il 31/12/2019 organizzare 2 scenari con simulazione di equipe								

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Ostetricia e Ginecologia

Direttore Dottore Gabriele Vallerino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>86,88</b>		<b>93,75</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Neonatologia

Direttore Dottore Stefano Maccio'

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. Nel documento tecnico di budget	Valore della produzione (vedi scheda allegata)	Incremento valore produzione	PPC	5	0	L'attività della Struttura non rientrava tra la casistica soggetta ad aumento della produzione da Documento Tecnico di budget Alla luce dell'attività ospedaliera erogata dalla Neonatologia si evidenzia comunque un incremento del valore della produzione Obiettivo raggiunto	5		0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5	
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5
Performance	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2018	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	PPC	20	0		10		0	
	2	Promozione allattamento al seno esclusivo	Monitoraggio della percentuale di allattamento materno esclusivo. raccolta dati in occasione della visita di controllo ambulatoriale (2/4 gg. dopo la dimissione) e al controllo ecografia anche al 45/60°	Almeno il 95% della popolazione sottoposta ai 2 controlli risponde all'intervista	POU/UGR	5	15	Relazione Direttore SC: 96,42% risposte complete (700 mamme) 3,58% senza risposta alla seconda intervista (26 mamme) Allegate percentuali tipo alimentazione lattanti Obiettivo raggiunto	5		15	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Neonatologia

Direttore Dottore Stefano Maccio'





tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	3	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S. S.D. Assistenza sanitaria di base	10	0	Le prestazioni erogate dalla Struttura non erano oggetto di monitoraggio PNGLA non essendo prestazioni con tempi di attesa critici. Pertanto, non l'obiettivo si intende raggiunto	10	😊	0	😊
Performance	4	Prosecuzione progetto vaccinazioni in ambiente protetto in collaborazione con Assistenza Consultoriale e ISP	Percentuale di consulenze eseguite su indicazione della s.c. igiene e sanità pubblica e/o del pediatra di famiglia	Erogazione della prestazione richiesta nel 100% delle richieste	DS/DSS/Ig iene e e Sanità Pubblica	10	10	Relazione Direttore SC: Eseguite 100% consulenze richieste da SC Igiene e Sanità pubblica e PLS 28 pz hanno effettuato vaccinazioni in ambiente protetto Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	5	Monitoraggio di situazioni socio-familiari pregiudizievoli per il neonato dalla 37° settimana di gravidanza (in occasione della visita neonatologica per la preparazione della cartella clinica) al post-nascita	numero di casi non segnalati dal tribunale dei minori, ma evidenziati nel corso della visita ostetrica e neonatologica (prima del parto) o durante il ricovero, in collaborazione con l'assistente sociale ospedaliera	N° segnalazioni effettuate	DS/DSS/N eonatologia	10	10	Relazione Direttore SC: nel 2019 sono stati evidenziati 10 casi per cui è stato necessario richiedere la consulenza dell'assistente sociale ospedaliera: All'interno delle consulenze 4 casi sono stati segnalati al Tribunale dei Minori Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Neonatologia



Direttore Dottore Stefano Maccio'

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Percorso "monitoraggio del dolore nel d.h. pediatrico" nel 2018 elaborata istruzione "strategie per la riduzione del dolore nel d.h. pediatrico" di prossima pubblicazione sulla intranet	attivazione audit clinico, valutazione sul 100% dei ricoveri in day hospital	monitoraggio del dolore sul 100% dei ricoveri in day hospital audit clinico	POU/Prof San	5	5	<p>Relazione Direttore SC: I dati rilevati durante la valutazione all'audit sono</p> <p>Nel 2019, nel D.H. pediatrico, sono stati ricoverati 65 bambini; di questi 8 non hanno eseguito manovre dolorose e pertanto non è stata eseguita la valutazione.</p> <p>Per la valutazione del dolore sono state utilizzate diverse schede, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Scala DAN per bambini da 0 a 3 anni e in caso di handicap</li> <li>- Scala WONG BAKER da 3 a 8 anni</li> <li>- Scala numerica al di sopra degli 8 anni di età</li> </ul> <p>Sono quindi state analizzate 57 cartelle</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	5		5	
Performance	7	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	<p>entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista</p> <p>entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo</p> <p>per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce</p>	POU/Prof San/Farmacia	0	15	<p>Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti .</p> <p>Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti.</p> <p>Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	0		15	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Neonatologia

Direttore Dottore Stefano Maccio'

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accrreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditemento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Neonatologia






Direttore Dottore Stefano Maccio'

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	5	5	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
Progetti	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0	😊	10	😊
	<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>90</b>		<b>100</b>

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Consultorio Familiare**

**Responsabile Dottore Luigi Canepa**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
contributo all'equilibrio economico	1	Qualità dei Flussi verso l'esterno ' Corretta rendicontazione attività da Sportello	Segnalazione incongruenze Inserimento 100% prestazioni erogate su Sportello	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	0	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		0	
Performance	1	Attivazione di nuova sede di ambulatorio della gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica in via Archimede, Distretto 12 con collaborazione del medico distrettuale per le prescrizioni	Presenza del protocollo di collaborazione con i Distretti e attivazione nuova sede distretto 12	Protocollo entro 30 aprile 2019 Attivazione entro 1 Giugno 2019	DSS	10	10	Relazione Responsabile SSD: Nel corso del 2019 è stato istituito un nuovo ambulatorio delle gravidanze a basso rischio presso la sede del Consultorio di Via Assarotti. Incremento delle prestazioni= +124; incremento utenti=+92 attivazione dal 3/6/2019 (il 1° giugno era sabato) Obiettivo raggiunto	10		10	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Consultorio Familiare**




**Responsabile Dottore Luigi Canepa**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	2	Elaborazione di una proposta di protocollo operativo con gli ATS (inizialmente territorio Comune di Genova) e altri servizi territoriali ASL per la facilitazione dei percorsi di passaggio dei casi di maternità fragile ai fini di una precoce presa in carico	presenza del protocollo con l'individuazione procedure mirate alla semplificazione degli accessi e della progettazione condivisa	Al 31/10 presenza del protocollo . Dal 1 Settembre operatività dello stesso	DSS/Coordinamento attività sociali professionali	0	10	Relazione SC Professioni Sanitarie: Al 31/10 sono stati effettuati 4 incontri, in una prima fase con la Direzione Politiche Sociali e successivamente allargati all'Agenda Per la Famiglia. Condivisi i contenuti di servizio sociale di cui all'OdB, il progetto è stato integrato con un altro progetto ASL sulla depressione post partum, con proposta di utilizzo Fondo Famiglia regionale finalizzato già stanziato a favore della Conferenza dei Sindaci . La proposta è stata inviata a inizio dicembre dalla direzione Politiche Sociali all'Assessorato ma a tutt'oggi non vi è stato riscontro. Nel contempo, in via sperimentale è stata attivata una collaborazione attiva con alcuni ATS, su 16 casi di gravidanze fragili e precoce attivazione della rete. (Si allega progetto concordato con il Comune di Genova) Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Consultorio Familiare**

**Responsabile Dottore Luigi Canepa**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	3	Ridefinizione delle competenze e delle dotazioni di personale per l'attivazione della neuropsichiatria infantile di concerto con Direzione Socio Sanitaria e Consultorio familiare	Proposte di ridefinizione competenze dotazioni organiche	Trasferimento competenze entro aprile 2019	DSS/DSM	15	0	Relazione Resp SSD: Trasferimento di circa il 40% della dotazione organica, in particolare dei 26 psicologi dieci sono transitati alla NPIA, degli amministrativi è rimasto un dirigente senza assistenti amministrativi nelle funzioni di direzione e altre figure professionali. Sospesa la formalizzazione degli educatori x cui si attende una disposizione della Direzione Socio Sanitaria, ma per i quali operativamente è stata disposta la ripartizione. Obiettivo raggiunto	15		0	
	4	Ottimizzazione delle attività correlate allo screening del cervicocarcinoma di 1° Livello (collaborazione S.C. OG Villa Scassi e SSD Assistenza Consultoriale)	Planning settimanale/mensile con evidenza dell'integrazione tra cps-ostetriche territoriali (SSD Assistenza Consultoriale) e cps - ostetriche ospedaliere (S.C. OG villa scassi ) per l'esecuzione dei prelievi vaginali(Pap/HPV test) di 1° livello screening del cervicocarcinoma in tutti i centri attivi	rimodulazione dell' offerta complessiva settimanale dei prelievi vaginali di 1° livello screening del cervicocarcinoma a seguito dell'integrazione delle due componenti ostetriche ( territoriali e ospedaliere)	/SSD Popolazione	10	10	Relazione Responsabile SSD: Riorganizzazione plannin SCREENING CERVICO-CARCINOMA 2019 Sono state offerte 35.000 disponibilita' annue Settimanali 700 Obiettivo raggiunto	10		10	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Consultorio Familiare**





**Responsabile Dottore Luigi Canepa**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	<i>POU/ Prof San</i>	0	10	nr di audit nr 2 audit per setting Entro il 31 -12-2019 Email SC Professioni Sanitarie: Gli Audit sono stati condotti dai P.O./Coord. ed hanno coinvolto le professioni afferenti all' Area Riabilitativa L'analisi della documentazione specifica o integrata non ha evidenziato in generale significative criticità da dovere orientare sostanziali modifiche nella compilazione e nella stesura delle documentazioni Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	6	Proseguimento progetto vaccinazioni in ambiente protetto in collaborazione con Assistenza Consultoriale e ISP	Percentuale di consulenze eseguite su indicazione della s.c. igiene e sanità pubblica e/o del pediatra di famiglia	Erogazione della prestazione richiesta nel 100% delle richieste	<i>DSS/DSS/Igiene e e Sanità Pubblica</i>	10	5	Nota Responsabile SSD: Sono state erogate tutte le prestazioni richieste Vedasi anche nota SC ISP -id 71822896 del 10/01/2020 Obiettivo raggiunto	10	😊	5	😊
	7	Centri Giovani: Progetto specifico su IVG : offerta attiva di intervento psicologico alle giovani donne che ricorrono alle IVG	n. colloqui psicologici offerti alle giovani donne che ricorrono alle IVG (minori e recidive)	b) 80% offerta colloqui psicologici alle giovani donne che ricorrono IVG (minori e recidive)	<i>DSS/Coordinamento attività sociali professionali</i>	10	5	Nota Responsabile SSD: Dati PSI prese in carico degli psicologi: N. utenti 34 per IVG Centro Giovani Fiumara e V. Rivoli. Obiettivo raggiunto	10	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Consultorio Familiare**

**Responsabile Dottore Luigi Canepa**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	8	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione (assistenti sociali)	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto	DSS	0	10	Relazione SC Professioni Sanitarie: si è proceduto alla raccolta dei dati sull'utenza dell'anno 2018. La raccolta dati è stata difforme per i diversi servizi (SERT/CSM/Att.consultoriale/Disabili) a causa di modalità di raccolta differenti. Si è inoltre proceduto a individuare delle iniziative da portare avanti quando si concluderà l'emergenza covid 19. Siallegano presentazioni dei differenti servizi Obiettivo raggiunto	0		10	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	5	5	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	5		5	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Consultorio Familiare**



**Responsabile Dottore Luigi Canepa**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy	Vedi scheda allegata		<i>Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione trasparenza	Vedi scheda allegata		<i>RPCT</i>	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Creazione di un portale consultoriale sui social media (instagram e facebook ecc.) cr	Attivazione entro anno 2019 Nr accessi al portale	attivazione entro l'anno 2019	<i>SIA/URP/DSS/</i>	10	10	Nota Responsabile SSD: Nel sito web aziendale sui social media e' stata aggiornata e rinnovata la pagina Facebook rivolta agli adolescenti Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Ostetricia e diagnostica prenatale**  
**Responsabile Dottore Maurizio Podestà**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note
Contributo all'equilibrio economico	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	PPC	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	☺
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	☺
Performance	1	Consolidamento del servizio di screening per la sindrome di Down con Bi test	Numero di prestazioni erogate/anno	Almeno 200 prestazioni erogate	DIP MATERNO INF	25	Nota Responsabile SSD: erogate nr 531 prestazioni Obiettivo raggiunto	25	☺
	2	Gestione dell'ecografia di screening del II livello secondo le linee guida Sieog 2015	Numero di prestazioni erogate/anno	Almeno 100 prestazioni erogate	DIP MATERNO INF	20	Nota Responsabile SSD: erogate nr 179 prestazioni Obiettivo raggiunto	20	☺
	3	Gestione della gravidanza stratificata per rischio e gestita nell'ambulatorio della gravidanza a rischio	Numero di prestazioni erogate/anno	Almeno 200 prestazioni erogate	DIP MATERNO INF	25	Nota Responsabile SSD: erogate nr 261 prestazioni Obiettivo raggiunto	25	☺
	4	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	Nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Vedi Ostetricia e Ginecologia Le prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA risultano in linea con i tempi di attesa prescritti Obiettivo raggiunto	5	☺

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Ostetricia e diagnostica prenatale**  
**Responsabile Dottore Maurizio Podestà**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazioni e Sanitaria	5	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditemento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditemento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	5	
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	Vedi Ostetricia/Ginecologia. Obiettivo raggiunto	10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>		<b>100</b>	

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Laboratorio Analisi

Direttore f.f. Dottore Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	vedi scheda Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
performance	1	In collaborazione con i DSS, implementazione di un nuovo applicativo per la gestione informatizzata dell'INR capillare	% di utilizzo dell'applicativo da parte degli operatori	100% entro dicembre 2019	SIA/DS/DSS	5	5	mail dell'8/05/2020 al 31/12/2020 so è raggiunto il 98% di utilizzo dell'applicativo per INR capillare nei distretti Obiettivo parzialmente raggiunto.	3,75	😊	3,75	😊
	2	Assicurazione da parte del personale dirigente dipendente delle prestazioni rese dal personale "SUMAI" in caso di assenza (ferie, malattie etc.) in misura >80%	% di ore di assenza senza sostituzione	>80% delle ore di assenza assicurate da personale dirigente dipendente	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	10	0	mail dell'8/05/2020 il 100% delle ore di assenza del personale SUMAI è stato assicurato da personale dipendente Obiettivo raggiunto.	10	😊	0	😊
	3	In collaborazione con le SSCC Nefrologia e Urologia, implementazione di almeno due nuovi test per la diagnosi di calcoli renale	implementazione test	entro giugno 2019 implementazione test	laboratorio analisi	10	10	mail dell'8/05/2020 sono stati implementati 2 test (citraturia e fosfaturia) di cui uno solo (citraturia) fruibile, mentre non è stato possibile rendere fruibile il dosaggio della fosfaturia a causa della difficoltà nell'implementazione della metodica sulle piattaforme presenti nella S.C.	0	😞	0	😞

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019

### S.C. Laboratorio Analisi





Direttore f.f. Dottore Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
		In collaborazione con i strutture intensive e con la Nefrologia, implementazione di almeno un test per la diagnosi precoce dell'insufficienza renale acuta	implementazione test	entro giugno 2019 implementazione test				è stato implementato il dosaggio del test N - GAL in considerazione del parziale raggiungimento dell'obiettivo legato alla diagnosi della calcolosi renale, obiettivo non raggiunto				
	4	In collaborazione con i reparti, revisione dei profili analitici sulla base delle linee guida nazionali ed internazionali e dell'EBM	% di profili revisionati	entro novembre 2019 >80% di profili revisionati	POU	10	5	mail dell'8/05/2020 revisionato il 100% dei profili	10	😊	5	😊
	5	Adeguamento del Protocollo Diagnostico Patenti come definito dalla Deliberazione di A.Li.Sa. n. 321 del 19.12.2018 nei casi di revisione o conferma della idoneità alla guida dopo episodio di guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e/o psicotrope	Implementazione della procedura di Catena di Custodia dei campioni raccolti presso gli Ambulatori Tossicologici del Ser.T. (prelevamento campione per matrice cheratinica) Numerosità casi in cui viene applicato il protocollo	Entro 31 Ottobre 2019 utilizzo della procedura di Catena di Custodia per il 100% dei nuovi soggetti inviati presso gli Ambulatori Tossicologici del Ser.T. per revisione patente- Organizzazione entro 30 Giugno di un Corso di aggiornamento in collaborazione con la S.C. SERT e la S.C. Medicina Legale per la condivisione della procedura e verifica della sua applicazione	DSS/PPC	15	10	mail dell'8/05/2020 implementata procedura Catena di Custodia per matrice cheratinica e integralmente applicata ai soggetti inviati dal Ser.T per revisione patente (la procedura è stata pubblicata sul sito aziendale 24/12/2019) obiettivo raggiunto	15	😊	10	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Laboratorio Analisi**




**Direttore f.f. Dottore Antonino Spitaleri**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Stesura istruzione di lavoro per effettuazione di tampone rettale per ricerca KPC e tampone faringeo per ricerca MRSA a pz afferenti al PS	- stesura entro 30 gg da discussione budget - approvazione e diffusione mediante audit PS entro 45 gg da budget - monitoraggio applicazione: numero campioni effettuati/numero accessi PS	verifica giugno: n° tamponi effettuati: almeno 50 % pz eleggibili verifica settembre: n° tamponi effettuati: almeno 70 % pz eleggibili verifica dicembre: n° tamponi effettuati: almeno 90 % pz eleggibili	SC POU/CIO	10	10	Email Direttore f.f. SC Lab. Analisi dell'8/05/2020: è stata implementata una specifica procedura, approvata e monitorata Relazione SC Direzione POU (CIO): allegata istruzione operativa Email Direttore f.f. SC: effettuati tamponi rettali nel 93% dei pazienti rocoverati da PS/Obi nei reparti chirurgici e nei reparti medici individuati obiettivo raggiunto	10		10	
	7	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Laboratorio Analisi





Direttore f.f. Dottore Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	8	Verifica su tutti i referti della conferma digitale del nome del TSLB attraverso l'applicativo in uso nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze (laboratorio biomedico)	Nr di "eseguito"	entro il 31/12/2019 n° di eseguito > 60%	POU/ Prof San	0	10	mail dell'8/05/2020 dal grafico inviato risulta un numero di "eseguito" pari al 48% a causa sia della carenza di personale che all'aumento di attività obiettivo parzialmente raggiunto	0		7,5	
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10		10	

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Laboratorio Analisi

Direttore f.f. Dottore Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:		Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2015 Audit parte prima	SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accrreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditemento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
				Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015				La certificazione è stata mantenuta per l'anno 2019 obiettivo raggiunto				
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Laboratorio Analisi

Direttore f.f. Dottore Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
<i>Progetti</i>	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019 ove applicabile	<i>Farmacia Ospedaliera</i>	0	5	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0		5	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>88,75</b>		<b>86,25</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Anatomia Patologica**

**Direttore Dottoressa Marina Gualco**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi refertazione	verifica tempi di refertazione: considerato dalla PIC effettiva e in giorni lavorativi	mantenimento tempi di refertazione anno 2018	DS	15	10	nota del 21/04/2020: 100%tempi 2018 rispettati per screening scostamenti >5% su diagnostica istologica e su campioni operatori (la responsabile indica diverse criticità a giustificazione di detto scostamento) Obiettivo parzialmente raggiunto	11,25	😐	7,5	😐
	2	Aggiornamento sec. le nuove linee guida ASCO/CAP 2018 per la valutazione dello stato di HER2 nel carcinoma della mammella	n. ro casi di carcinomi della mammella/ n.ro casi di carcinoma della mammella testati	100%	POU	10	5	per 364 casi su 364 dei casi valutazione dello stato di HER2 (linee guida ASCO/CAP 2018)	10	😊	5	😊
	3	Riordino degli archivi istologici situati presso il P.O. Padre Antero Micone	Centralizzazione	entro il 31/10 Riordino e unificazione in unico archivio istologico a condizione che siano resi disponibili gli spazi	POU	5	10	completamento riordino archivi e sopralluogo c/o Micone in data 5/11/2019	5	😊	10	😊
	6	Applicazione del test di instabilità dei microsatelliti con metodiche immunostochimiche agli adenocarcinomi del colon- retto operati a partire da aprile 2019 (test con significato prognostico e terapeutico)	n.ro casi di adenocarcinomi operati pervenuti/ n.ro casi di adenocarcinoma del colon-retto testati	> 90% di adenocarcinomi testati	POU	10	5	per 148 casi su 148 è stata effettuata la valutazione con tecniche immunostochimiche	10	😊	5	😊
	7	Applicazione della metodica "poor man's cell block" per l'allestimento di citoinclusi in patologia pleuropolmonare secondo le nuove linee guida relative all'esecuzione di test IHC con anticorpo pdl-1, mandatorio per l'immunoterapia (attività finalizzata alla riduzione della tempistica nella preparazione dei campioni)	n.ro di campioni inviati per citoincluso su TBNA polmonare/ n.ro di preparati allestiti con metodica "poor man's cell block"	> 90% di citoinclusi allestiti con nuova metodica	POU	5	5	per 85 casi su 85 è stata applicata la metodica "poor man's cell block"	5	😊	5	😊
	8	Controllo di qualità interno su esami citologici cervico-vaginali di screening allestiti con metodica Thin Prep	n.ro di esami citologici cervico-vaginali di screening allestiti/n.ro esami citologici cervico-vaginali negativi revisionati random (10%)	Concordanza > 90%	POU	15	5	N. pap test dall'11/3/2019: 20.521 n. casi rivisti 2.053 n. concordanze su casi rivisti 100% (2.053 su 2.053)	15	😊	5	😊
	9	Utilizzo della metodica Thin Prep su almeno il 30% dei campioni citologici di urine pervenuti	n.ro di esami citologici urinari pervenuti/ n.ro esami citologici urinari allestiti con metodica Thin Prep	30%	POU	5	5	applicazione metodica Thin Prep su 1.690 campioni su 2.659 per al 63%	5	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Anatomia Patologica**

**Direttore Dottoressa Marina Gualco**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	10	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
	11	Verifica su tutti i referti della conferma digitale del nome del TSLB attraverso l'applicativo in uso nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze ( laboratorio biomedico)	Nr di "eseguito"	entro il 31 12-2019 n° di eseguito > 60%	POU/ Prof San	0	5	mail dell'8/05/2020 dal grafico inviato risulta un numero di "eseguito" pari al 48% a causa sia della carenza di personale che all'aumento di attività obiettivo parzialmente raggiunto	0	😐	3,75	😐

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Anatomia Patologica**

**Direttore Dottoressa Marina Gualco**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il <b>28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto Entro il <b>31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Come da comunicazione del Responsabile UGR del 5.5.2020 conservata agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2015 Audit parte prima	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	5	5	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015	La certificazione è stata mantenuta per l'anno 2019 obiettivo raggiunto								
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019 se applicabile	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>96,25</b>		<b>96,25</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SC Immunoematologia e medicina trasfusionale**  
**Direttore Dottore Alessandro Correggi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Informatizzazione richieste trasfusionali ed Emo-Bed Side: prosecuzione reparti di degenza Villa Scassi secondo indicazioni A.Li.Sa	Numero reparti operativi cablati.	Applicazione della richiesta trasfusionale ed Emo-Bed Side al letto del paziente dei reparti cablati (operativi)	POU/SIA	15	10	mail del 24/1/2020 attivazione del sistema Emoward in tutti i reparti dello Scassi <b>cablati</b> (DH Medicina, Neurologia e Neuroriabilitazione, Pronto Soccorso, Centro Ictus, Centro Ustioni Intensiva e Post intensiva, Chirurgia Plastica Degenza Obiettivo Raggiunto	15	😊	10	😊
	2	Patient Blood Management: l'ottimizzazione emopoietica pre-operatoria. Monitoraggio del percorso integrato e multidisciplinare a vantaggio della minimizzazione del rischio clinico trasfusionale e della ottimizzazione della gestione della risorsa sangue	Monitoraggio consumo unità di globuli rossi nella casistica reclutata nel progetto PBM	Estensione ad altre strutture: estensione alla U.O. Ginecologia Ostetricia	DS	15	10	mail del 24/1/2020 estensione del progetto PBM a Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia, Urologia e iniziato con Ortopedia obiettivo raggiunto	15	😊	10	😊
	3	Progetto biennale di Formazione Aziendale ed Interaziendale (O.E.I.) per la riduzione del rischio trasfusionale: "La Prevenzione dell'errore trasfusionale da incompatibilità ABO"	svolgimento lezioni in aula monitoraggio al 30/06/2019	al 31/12/2019 svolgimento di almeno 15 lezioni frontali in aula (successive alla parte FAD)	POU	20	0	mail del 24/1/2020 sono stste svolte n. 19 lezioni in alula con il coinvolgimento di n. 67 medici, 176 IP e 2 ostetriche obiettivo raggiunto	20	😊	0	😊
	4	mantenimento dei livelli di consumo di Albumina e Antitrombina III con obiettivo di governare la domanda e implementare l'appropriatezza	Set indicatori di appropriatezza: monitoraggio trimestrale dei consumi di albumina e antitrombina III. domanda standardizzata di albumina (gr/1000 unità di popolazione) domanda standardizzata di antitrombina (unità internazionali/unità di popolazione)	Mantenimento anno 2018	POU	10	0	mail del 24/1/2020 consumo anno 2018 1172 confezioni strutture ospedaliere ASL e n. 300 confezioni consegnate al territorio consumo anno 2019 1091 confezioni strutture ospedaliere ASL e n. 700 confezioni consegnate al territorio Per la parte ospedale si rileva una diminuzione. L'aumento della consegna verso il territorio si configura come risparmio perchè in tal modo il pz. riceve il farmaco plasmaderivato direttamente dalla ASL, senza ricorrere all'acquisto in farmacia Il consumo di antitrombina III è in modesto aumento (26 confezioni) obiettivo raggiunto	10	😊	0	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SC Immunoematologia e medicina trasfusionale**  
**Direttore Dottore Alessandro Correggi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	15	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊
	6	Verifica su tutti i risultati strumentali della conferma digitale del nome del TSLB attraverso software strumentale in uso nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze ( laboratorio biomedico	Nr di "eseguito"	entro il 31 12-2019 n° di eseguito > 60%	POU/ Prof San	0	15	mail del 24/1/2020 il nome del TSLB compare nel 95% dei tests eseguiti nell'anno 2019 obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	Accreditamento: Rispetto delle indicazioni regionali in tema di accreditamento dei SIT	Mantenimento Accreditamento regionale	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015	Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2015 Audit parte prima				La certificazione è stata mantenuta per l'anno 2019 obiettivo raggiunto				
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**SC Immunoematologia e medicina trasfusionale**  
**Direttore Dottore Alessandro Correggi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. <b>L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</b>	0		10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Radiologia Ospedale Villa Scassi

Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo









tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referent e	Punti dirigen za	Punti compa rto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirige nza	Note	Punti compa rto	Note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/ S.S.D. Assisten za sanitaria di base	10	0	Come da moitoraggio dei tempi di attesa del 1.6.2020, trasmesso via mail e conservato agli atti, l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.	7,5	😐	0	😐
	2	Produttività scheda allegata			PPC	15	10	Considerate le controdeduzioni del Direttore della SC riguardanti la produttività, l'aumento degli esami per interni e la carenza di n.3 dirigenti medici non sostituiti, l'obiettivo si considera parzialmente raggiunto.	11,3	😐	7,5	😐
	3	Riorganizzazione della attività di TC e RM nel periodo di cambio macchine tra le sedi di Villa Scassi e Micone. (1° aprile –31 agosto)	Presenza di un piano di recupero dal 30 marzo delle attività per pazienti interni, DSA ed esterni condiviso fra le due sedi e identificazione della quota di prestazioni per esterni non recuperabile (%)	Recupero di tutte le prestazioni per ricoverati, DSA e per, gli esterni, quanto stabilito nel piano	POU/PPC	15	5	Come da comunicazione del Direttore della Struttura, conservata agli atti, tutte le prestazioni in obiettivo sono state recuperate. Obiettivo raggiunto.	15	😊	5	😊



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Radiologia Ospedale Villa Scassi

Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	4	Incremento della erogazione di prestazioni TC e RM dal 1 Settembre	Aumento del 20% dal 1° settembre rispetto allo stesso periodo del 2018	Dal 1° settembre incremento del 20% delle prestazioni di RMN e 10% delle prestazioni TC	POU/PPC	15	5	In considerazione del fatto che, nonostante il fermo attività per sostituzione apparecchiatura RM si è protratta dal 7.10 al 22.11 e numerosi fermi macchina della TAC sono stati mantenuti i livelli di produzione, l'obiettivo si considera parzialmente raggiunto.	11,3		3,75	
Performance	5	Presentazione del progetto sulla gestione informatizzata dei consensi informati: inserire la modulistica sul RIS (Polaris)	a) costituzione gruppo lavoro b) evidenza del documento con analisi dei costi/benefici e dei tempi di attuazione	a) costituzione gruppo lavoro entro il 31 maggio 2019 b) evidenza del documento con analisi dei costi/benefici e dei tempi di attuazione entro il 30/11/2019	POU	5	10	Come da comunicazione mail del Direttore della Struttura del 13.6 conservata agli atti, il 10.5.2019 è stato costituito il Gruppo di lavoro. Il documento di analisi costi/benefici è stato presentato durante l'incontro del 3.9.2019. Obiettivo raggiunto.	5		10	
	6	Attivazione progetto per l'erogazione dei Farmaci utilizzati per infiltrazione intraarticolari, in collaborazione con Farmacia Ospedaliera e SIA	stesura istruzione operativa per l'erogazione del farmaco intraarticolare, dietro il pagamento da parte del pz del corrispettivo del costo sostenuto dall'azienda	Entro 31/05/2019 stesura istruzione operativa e relativi codici CUP Entro 31/07/2019 avvio progetto	POU	5	5	In data 31.5.2019 è stato inviato alla SC PPC il progetto con le azioni da intraprendere. Il progetto è stato avviato a luglio. Obiettivo raggiunto.	5		5	
	7	Definizione di scheda assistenziale per la presa in carico dei malati con Gastrostomia Radiologica Percutanea e tracheotomia nei pazienti con malattie neurologiche croniche	rispetto del crono programma	entro il 30/06/2019 presentazione della scheda di raccolta dati clinico-assistenziali entro il 31/12/2019 presentazione di relazione sul servizio di presa in carico ed esiti assistenziali	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Come da comunicazione mail del Direttore della Struttura del 13.6 conservata agli atti, è stata individuata come scheda assistenziale del paziente il registro cartaceo in uso nelle S.O. "registro dei verbali delle sedute operatorie". nella comunicazione sono stati forniti i dati della presa in carico. Obiettivo raggiunto.	0		10	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Radiologia Ospedale Villa Scassi







Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	8	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
Performance	9	Verifica su tutti i referti della conferma digitale del nome del TSRM che ha eseguito la prestazione di screening attraverso l'applicativo Polaris, nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze / radiologia	n° di "eseguito"	entro il 31 12-2019 n° di eseguito > 80%	POU/Prof San	0	10	Come da comunicazione mail del Direttore della Struttura del 13.5 conservata agli atti, il rapporto tra n.esami accettati (29.025) ed il n.esami eseguiti (15.686) è pari al 54%. Obiettivo parzialmente raggiunto.	0	😐	7,5	😐
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	5	5	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	5	😊	5	😊

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Radiologia Ospedale Villa Scassi











Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referent e	Punti dirigen za	Punti compa rto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirige nza	Note	Punti compart o	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2015 Audit parte prima	SC Govern o Clinico e Organizz azione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accrreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditemento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015	La certificazione è stata mantenuta per l'anno 2019 obiettivo raggiunto								
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmaci a Ospedali era	0	5	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0		5	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>90</b>		<b>93,75</b>	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Radiologia Ospedali Micone Gallino La Colletta e Busalla**









**Responsabile Dottore Paolo Caserza**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	10	0	Come da moitoraggio dei tempi di attesa del 1.6.2020, trasmesso via mail e conservato agli atti, l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.	7,5		0	
	2	Produttività scheda allegata	Vedi scheda allegata		PPC	15	10	Considerate le controdeduzioni del Direttore della SC riguardanti la produttività, assenze ripetute/pensionamento di personale Medico e Tecnico (TSRM), ripetuti guasti apparecchiature Radiologiche in particolare Mammografo di Sestri Ponente (sostituito nel corso del 2020) ed apparecchio Telecomandato di Sestri Ponente fermo	11,25		7,5	
	3	Riorganizzazione della attività di TC e RM nel periodo di cambio macchine tra le sedi di Villa Scassi e Micone. (1° aprile –31 agosto)	Presenza di un piano di recupero dal 30 marzo delle attività per pazienti interni, DSA ed esterni condiviso fra le due sedi e identificazione della quota di prestazioni per esterni non recuperabile (%)	Recupero di tutte le prestazioni per ricoverati, DSA e per, gli esterni, quanto stabilito nel piano	POU/PPC	15	10	Come da relazione del 18.5.2020 conservata agli atti tutti i pazienti interni, DSA ed esterni prentati a CUP sono stati programmati sulle sedi di Villa Scassi e Micone garantendo così l'effettuazione dell'esame; il personale Medico - TSRM ed Infermieristico, dopo opportuno training formativo è stato mobilitato con turni definiti su tali sedi. Obiettivo raggiunto.	15		10	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Radiologia Ospedali Micone Gallino La Colletta e Busalla**

**Responsabile Dottore Paolo Caserza**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	4	Incremento della erogazione di prestazioni TC e RM dal 1 Settembre	Aumento del 20% dal 1° settembre rispetto allo stesso periodo del 2018	Dal 1° settembre incremento del 25% delle prestazioni RM e 20% TAC	POU/PPC	15	10	In considerazione del fatto che, nonostante il fermo attività per sostituzione apparecchiatura RM si è protratta dal 7.10 al 22.11 e numerosi fermi macchina della TAC sono stati mantenuti i livelli di	11,25		7,5	
Performance	5	Presentazione del progetto sulla gestione informatizzata dei consensi informati: inserire la modulistica sul RIS (Polaris)	a) costituzione gruppo lavoro b) evidenza del documento con analisi dei costi/benefici e dei tempi di attuazione	a) costituzione gruppo lavoro entro il 31 maggio 2019 b) evidenza del documento con analisi dei costi/benefici e dei tempi di attuazione entro il 30/11/2019	POU	5	10	Come da comunicazione del 18.5.2020 conservata agli atti le attività previste in obiettivo sono state effettuate nei tempi indicati. Obiettivo raggiunto.	5		10	
	6	Elaborazione percorso "Diagnosi e terapia delle rinosinusiti di concerto con ORL	Elaborazione percorso	<i>dal 1/07/2019 operatività percorso</i>	POU	5	0	Come da comunicazione del 18.5.2020 conservata agli atti il percorso è stato attivato in data 1.6.2019. Obiettivo raggiunto.	5		0	
	7	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Radiologia Ospedali Micone Gallino La Colletta e Busalla**

**Responsabile Dottore Paolo Caserza**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	8	Verifica su tutti i referti della conferma digitale del nome del TSRM che ha eseguito la prestazione di screening attraverso l'applicativo Polaris, nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze (radiologia)	n° di "eseguito"	entro il 31/12/2019 n° di eseguito > 80%	POU/Prof San	0	10	Come da comunicazione del 18.5.2020 conservata agli atti la percentuale di eseguito è pari al 52 %. Obiettivo parzialmente raggiunto.	0	☹️	7,5	☹️
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	5	5	Come da comunicazione del 18.5.2020 conservata agli atti il tema dell'audit comunicato e sviluppato nei termini è: " la Sicurezza del paziente in RM". Obiettivo raggiunto.	5	😊	5	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Come da comunicazione del 18.5.2020 conservata agli atti tutte le attività previste in obiettivo sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Radiologia Ospedali Micone Gallino La Colletta e Busalla**

**Responsabile Dottore Paolo Caserza**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Ospedali era	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEMA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>90</b>		<b>92,5</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Radiologia Territorio**

**Responsabile Dottoressa Cristina Odino**







tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	10	0	Come da monitoraggio dei tempi di attesa del 1.6.2020, trasmesso via mail e conservato agli atti, l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.	7,5	😐	0	😐
	2	Produttività scheda allegata	Vedi scheda allegata		PPC	15	10	Controdeduzioni del Direttore del Dipartimento: I dati relativi alla produttività globale come risulta dalla scheda allegata vedono una significativa diminuzione degli esami (soprattutto ETG), attribuibile a carenza di personale medico e TRSM non sostituito sia nell'anno 2018 che 2019. (si allegano schede cessazione attività 2018 e 2019) e non è stato possibile sostituire il personale del territorio stante il numero esiguo di deroghe concesse l'obiettivo si considera parzialmente raggiunto.	11,25	😐	7,5	😐



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Radiologia Territorio**

**Responsabile Dottoressa Cristina Odino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	3	Presentazione del progetto sulla gestione informatizzata dei consensi informati: inserire la modulistica sul RIS (Polaris)	a) costituzione gruppo lavoro b) evidenza del documento con analisi dei costi/benefici e dei tempi di attuazione	a) costituzione gruppo lavoro entro il 31 maggio 2019 b) evidenza del documento con analisi dei costi/benefici e dei tempi di attuazione entro il 30/11/2019	POU	5	10	Come da comunicazione del 18/5/2020 conservata agli atti il gruppo di lavoro è stato costituito in data 10/5/2019. Nell'incontro del 25/10/2019 è stato chiesto alle ditte fornitrici la fattibilità tecnica rispetto ai programmi attualmente utilizzati. Obiettivo raggiunto.	5		10	
	4	Integrazione operativa strutture Levante (Nervi-Recco) ai fini della ottimizzazione e ampliamento delle competenze professionali e a garanzia della continuità assistenziale presso le due sedi	Integrazione operativa Evidenza interscambiabilità personale	Integrazione operativa strutture entro 31/12/2019 Interscambiabilità del personale presso le due sedi	Dir SSD	15	10	Come da comunicazione del 18/5/2020 conservata agli atti è stata ottenuta nei tempi previsti l'integrazione operativa per le sedi di Nervi e Recco con l'interscambiabilità del personale per garantire la continuità dell'attività diagnostica. Obiettivo raggiunto.	15		10	
	5	Percorso diagnostico per prestazioni Radiologiche ed Ecografiche per la S.S. Reparto Speciale Quarto	Evidenza agenda CUP dedicata a riciclo	Agenda CUP dedicata a riciclo entro 30/6/2019	Dir SSD	15	10	Come da comunicazione del 18/5/2020 è stata attivata entro i termini stabiliti l'agenda CUP dedicata al riciclo. Vengono erogate le prestazioni previste dal percorso diagnostico concordato con il Reparto Speciale di Quarto. Obiettivo raggiunto.	15		10	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Radiologia Territorio**





**Responsabile Dottoressa Cristina Odino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	7	Verifica su tutti i referti della conferma digitale del nome del TSRM che ha eseguito la prestazione di screening attraverso l'applicativo Polaris, nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze ( radiologia -medicina nucleare)	n° di "eseguito"	entro il 31 12-2019 n° di eseguito > 80%	POU/Prof San	0	10	Come da comunicazione mail del Direttore della Struttura del 13.5 conservata agli atti, il rapporto tra n.esami accettati (29.025) ed il n.esami eseguiti (15.686) è pari al 54%. Obiettivo parzialmente raggiunto.	0	😐	7,5	😐
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**SSD Radiologia Territorio**

**Responsabile Dottoressa Cristina Odino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>93,75</b>		<b>95</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Medicina Nucleare**

**Responsabile Dottore Augusto Manzara**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S. D. Assistenza sanitaria di base	20	0	Come da monitoraggio dei tempi di attesa del 1.6.2020, trasmesso via mail e conservato agli atti, l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.	15	😐	0	😐
	2	Produttività scheda allegata			PPC	30	20	Obiettivo da considerarsi parzialmente raggiunto, in considerazione delle criticità evidenziate per la mancanza delle risorse di personale.	22,5	😐	15	😐
	3	Presentazione del progetto sulla gestione informatizzata dei consensi informati: inserire la modulistica sul RIS (Polaris)	a) costituzione gruppo lavoro b) evidenza del documento con analisi dei costi/benefici e dei tempi di attuazione	a) costituzione gruppo lavoro entro il 31 maggio 2019 b) evidenza del documento con analisi dei costi/benefici e dei tempi di attuazione entro il 30/11/2019	POU	10	10	Come da comunicazione mail del Direttore del Dipartimento Immagini del 13.6 conservata agli atti, il 10.5.2019 è stato costituito il Gruppo di lavoro. Il documento di analisi costi/benefici è stato presentato durante l'incontro del 3.9.2019. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	4	Ottimizzazione delle attività medico-nucleari nell'area metropolitana, attraverso la stesura di percorsi e protocolli operativi con l'HUB della S.C. Medicina Nucleare dell'Ospedale Policlinico S. Martino	Incremento nr prestazioni (effettuazione esami a favore di pazienti inviati da San Martino)	Al 30/11 effettuazione di almeno il 70% esami inviati da San Martino	POU	<b>Obiettivo non valutabile. Seduta OIV 10/06/2020 Punteggio redistribuito su Obt 1 e 2</b>		Come da comunicazione del 18.5.2020 conservata agli atti in data 27.5.2019 si è svolta la riunione finalizzata alla stesura della convenzione con S.Martino, allo stato attuale ancora in bozza a causa di problematiche non dipendenti dalla struttura e legate alle diverse procedure informatiche PACS (vd.mail del 5.6.2020 conservata agli atti) che devono essere integrate dai rispettivi servizi informatici. Obiettivo parzialmente raggiunto.				

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Medicina Nucleare**

**Responsabile Dottore Augusto Manzara**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	5	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	6	Verifica su tutti i referti della conferma digitale del nome del TSRM attraverso l'applicativo Polaris, nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze ( radiologia –medicina nucleare)	n° di "eseguito"	entro il 31 12-2019 n° di eseguito > 95%	POU/Prof San	0	10	Come da comunicazione del 18.5.2020 conservata agli atti sul 100% dei referti registrati nel PACS sono presenti i nominativi del Medico e del TSRM esecutore dell'indagine. Obiettivo raggiunto.	0	😊	10	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso	U.G.R.	10	10	Come da comunicazione del responsabile dell'UGR del 5.5.2020 conservata agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	😊	10	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Medicina Nucleare**









**Responsabile Dottore Augusto Manzara**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>	<p>Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ</p>	<p>SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria</p>	10	10	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accréditemento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e</p> <p>La certificazione è stata mantenuta per l'anno 2019 obiettivo raggiunto</p>	10	😊	10	😊
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
Progetti	2	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	<p>Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019</p>	Farmacia Ospedaliera	0	10	<p>Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.</p>	0	😊	10	😊
	<b>TOTALE PESO SCHEMA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>87,5</b>		<b>95</b>

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Fisica Sanitaria**





**Responsabile Dottore Fabrizio Bisi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Flussi e indirizzi regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	mail dell'8/05/2020 al 31/12/2020 so è raggiunto il 98% di utilizzo dell'applicativo per INR capillare nei distretti Obiettivo raggiunto.	5		5	
Performance	2	Allineamento dell'anagrafica ARPAL delle sorgenti Rx	Trasmissione delle informazioni dettagliate di tutte le apparecchiature Rx detenute da ASL3 (in particolare tipologia, parametri di lavoro massimi e numero di matricola del tubo)	anagrafica regionale aggiornata e completa entro il 31-12-2019	POU/Res p SSD	15	10	nota id 73642419 fel 6/4/2020 a seguito della ricognizione delle sorgenti RX presenti in Azienda, è stato trasmesso l'elenco formalizzato con nota id 176467 del 24/12/2019 obiettivo raggiunto	15		10	
	3	Norma sicurezza LASER	Redazione, validazione tramite condivisione del personale sanitario coinvolto ed affissione su ogni apparecchio LASER di classe 3B o 4 delle norme di sicurezza LASER	Stesura e condivisione delle norme di sicurezza LASER entro il 30-06-2019 Posizionamento delle norme su ogni apparecchio LASER di classe 3B o 4 entro il 31-12-2019	POU/Res p SSD	15	10	nota id 73642419 fel 6/4/2020 stesura e condivisione norme di sicurezza LASER entro il 30/6/2019 e d effettuazione corsi presso la SC Formazione dell'Azienda. Prosecuzione dei corsi anche nella seconda parte dell'anno, vista la scarsa partecipazione nel 1 semestre le norme di sicurezza LASER sono state affisse su gli apparecchi LASER di classe 3Be 4 obiettivo raggiunto	15		10	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.S.D. Fisica Sanitaria

Responsabile Dottore Fabrizio Bisi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	4	Definizione di alert dosimetrici per gli effetti deterministici tramite la misura di DAP	Mappatura delle modalità di registrazione delle apparecchiature utilizzate in radiologia interventistica e nelle applicazioni complementari e definizione degli alert specifici con segnalazione sulle apparecchiature in cui sarà tecnicamente possibile (macchina più recenti)	Mappatura delle modalità di registrazione delle apparecchiature utilizzate in radiologia interventistica e nelle applicazioni complementari entro il 30-06-2019 Definizione degli alert e segnalazione sulle apparecchiature in cui sarà tecnicamente possibile (macchina più recenti) entro il 31-12-2019	POU/Responsabile SSD	15	15	nota id 73642419 fel 6/4/2020 nel primo semestre si è proceduto all'inventario delle modalità di registrazione del dato dosimetrico nel secondo semestre è stata elaborata un'istruzione di lavoro riportante gli alert identificati e le attività da svolgersi a carico dei reparti utilizzatori in caso di loro superamento. Si è proceduto alla condivisione dell'istruzione mediante comunicazioni verbali e invio formale ai Direttori/Responsabili obiettivo raggiunto	15		15	
	5	Progettazione, predisposizione documentale per l'autorizzazione e la gestione, prove di accettazione ed ottimizzazione delle prestazioni delle nuove apparecchiature ad alto grado di tecnologia in corso di acquisizione da parte di ASL3	entro 31/12/2019 conclusione di tutte le attività di competenza relative alle apparecchiature in via di installazione, se installate	Utilizzo clinico senza limitazione delle nuove apparecchiature in sostituzione di apparecchiature obsolete o in via di obsolescenza, alla luce delle più recenti linee guida nazionali ed internazionali	POU/Responsabile SSD	15	15	nota id 73642419 fel 6/4/2020 l'obiettivo ha riguardato le apparecchiature installate nel 2019 (1 TC 1 RMN 1 Mammografo), per le quali si è provveduto a predisporre la documentazione e ad inviarla agli organi competenti. Obiettivo raggiunto	15		15	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Fisica Sanitaria**





**Responsabile Dottore Fabrizio Bisi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
Performance	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San/ Farmacia	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Fisica Sanitaria**









**Responsabile Dottore Fabrizio Bisi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE:	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio Implementazione e mantenimento del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Entro Marzo 2015 Audit parte prima</p>	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accredimento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	10		10	
			<p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>	<p>La certificazione è stata mantenuta per l'anno 2019 obiettivo raggiunto</p>								
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	<p>Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo non raggiunto</p>	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico

Dott. Enrico Simonelli - Dott. Eliano Delfino - Dott.ssa Fiorella Bagnasco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigenz a	Punti compa rto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenz a	note	Punti compa rto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	10	20	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	10		20	
Performance	1	Monitoraggio obiettivi assegnati alle SS.CC. Ospedaliere	Monitoraggio	Monitoraggio obiettivi assegnati alle Strutture Ospedaliere	POU	20	20	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	20		20	
	2	Riduzione dei tempi di liquidazione delle fatture passive	Rispetto tempi previsti	Liquidazione fattura entro 10 gg dall'invio da parte della SC Bilancio	Bilancio	5	5	mail del 29/5/2020 Bilancio. I tempi di pagamento sono in linea con l'obiettivo obiettivo raggiunto	5		5	
	3	Programma emoword	monitoraggio installazione HW e applicazione richiesta trasfusionale ed emobed side al letto pz	monitoraggio installazione HW : cablaggio di tutte le strutture di Villa Scassi entro <b>30/11/2019</b> monitoraggio applicazione della richiesta trasfusionale ed Emo-Bed Side al letto del paziente dei reparti cablati (operativi)	POU	10	10	mail del 24/1/2020 Direttore Medicina Trasfusionale attivazione del sistema Emoword in tutti i reparti dello Scassi <b>cablati</b> (DH Medicina, Neurologia e Neuroriabilitazione, Pronto Soccorso, Centro Ictus, Centro Ustioni Intensiva e Post intensiva, Chirurgia Plastica Degenza) Obiettivo Raggiunto	10		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico

Dott. Enrico Simonelli - Dott. Eliano Delfino - Dott.ssa Fiorella Bagnasco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigenz a	Punti compa rto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenz a	note	Punti compa rto	note
Performance	4	Monitoraggio sulla riduzione infezioni catetere <b>vascolare</b> correlate da germi difficili in rianimazione	Incidenza di infezioni rilevate dalle colture di sorveglianza	Riduzione 5% infezioni (verificare)	CIO	15	15	mail del'11/5/2020 CIO si è passati da una media 27/1000 del 2018 al 15/1000 nel 2019 gg cvc, nonostante l'andamento non uniforme ma molto legato alla variabile paziente/patologia obiettivo raggiunto	15	☺	15	☺
		Monitoraggio stesura istruzione di lavoro per effettuazione di tampone rettale per ricerca KPC e tampone faringeo per ricerca MRSA a pz afferenti al PS	- stesura entro 30 gg da discussione budget - approvazione e diffusione mediante audit PS entro 45 gg da budget - monitoraggio applicazione: numero campioni effettuati/numero accessi PS	verifica giugno: n° tamponi effettuati: almeno 50 % pz eleggibili verifica settembre: n° tamponi effettuati: almeno 70 % pz eleggibili verifica dicembre: n° tamponi effettuati: almeno 90 % pz eleggibili				Email Direttore f.f. SC Lab. Analisi dell'8/05/2020: è stata implementata una specifica procedura, approvata e monitorata mail Direttore Medicina d'urgenza del 9/6/2020 attestante l'effettuazione di tamponi sul 90% dei pz eleggibili afferenti il PS.  obiettivo raggiunto				
Performance	5	Monitoraggio elaborazione protocollo finalizzato e applicazione di un percorso breve ortopedico per i codici a bassa priorità e che interessano gli AASS distalmente al gomito e gli AAll distalmente al ginocchio in collaborazione con Medicina d'Urgenza	definizione e applicazione protocollo	revisione entro 30 giugno piena applicazione entro 30 settembre	POU/SI A	10		mail del'11/5/2020 documento "Riorganizzazione dell'attività in area ortopedica Percorso sperimentale" Obiettivo raggiunto	10	☺	0	☺
		Monitoraggio predisposizione e formulazione liste operatorie di concerto con Anestesia e Rianimazione e strutture chirurgiche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie con contestuale predisposizione di protocollo operativo	Stesura protocollo operativo entro ...(sentire Caviglia) Inizio attività ore 7.30 - incisione cute entro e non oltre ore 8.00	monitoraggio del rispetto del protocollo (report mensili) Incremento del 5% casistica operatoria	mail del'11/5/2020 Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione il documento è stato predisposto ed è attivo. Da settembre 2019 incremento del 5% delle sedute operatorie obiettivo raggiunto							

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico

Dott. Enrico Simonelli - Dott. Eliano Delfino - Dott.ssa Fiorella Bagnasco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigen za	Punti compa rto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigen za	note	Punti compa rto	note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Govern o Clinico e Organi zzazion e Sanitar ia	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Gener ali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**Professioni Sanitarie e Assistenti sociali**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti comparto	note
	1	Monitoraggio obiettivi assegnati alle SS.CC. Ospedaliere di cui all'allegato	Report di monitoraggio	Monitoraggio obiettivi assegnati alle Strutture Ospedaliere al 31/12/2019	<i>Prof San</i>	15	gli obiettivi assegnati alle strutture ospedaliere sono stati monitorati per la parte di competenza da tutte le Professioni interessate obiettivo raggiunto	15	😊
	2	Organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema "documentazione infermieristica"	Evidenza riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list riguardanti la documentazione infermieristica	Entro 31/05/2019: elaborazione checklist Conduzione di un audit a semestre ( giugno-dicembre) con verifica di una scheda ambulatoriale per sede. Riduzione del 50% delle non conformità rilevate tra primo e secondo audit	<i>DS</i>	10	rendicontazione da parte dei DSS sanitari DSS 8 anomalie 1 sem 125 2 sem 11 delta 91% DSS 9 anomalie 1 sem 74 2 sem 16 delta 74% DSS 10 anomalie 1 sem 82 2 sem 2 delta 90% DSS 11 anomalie 1 sem 82 2 sem 2 delta 90% DSS 12 anomalie 1 se42 2 sem 20 delta 52% DSS 13 diminuzione non conformità 50% obiettivo raggiunto	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**Professioni Sanitarie e Assistenti sociali**


tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti comparto	note
Performance	3	Monitoraggio questionari sulla qualità percepita	evidenza criticità	Reportistica di consuntivazione dei dati raccolti dalle SS.CC. interessate	DS	5	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 6/5/2020 la relazione del 13/1/2020 (trasmessa a Direzione aziendale e a CCD) contiene le risultanze della customer satisfaction 2019 obiettivo raggiunto	5	😊
	4	Area Cure Domiciliari: Controllo e revisione dei documenti che costituiscono la cartella multidisciplinare a seguito delle azioni di miglioramento definite nel corso degli audit clinici condotti nell'anno 2018	Evidenza dei documenti revisionati e pubblicati riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list (audit 2018 SCOSTAMENTO MEDIO 36.6) con verifica a dicembre 2019. (ATTESO SCOSTAMENTO =<20)	Evidenza della completezza e correttezza dei documenti revisionati (elenco dei documentazione con indice di revisione) dicembre 2019 -Esito controllo documentale, scostamento =<20	UGR/ Prof San	5	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: sono state monitorate tutte le attività oggetto di obiettivo UGR assegnate alle Strutture aziendali Obiettivo Raggiunto	5	😊
	5	Presentazione del progetto per la gestione informatizzata dei consensi informati: inserire la modulistica sui software dedicati ( area tecnica radiologia e TNFP)	numero di audit utili alla finalizzazione della stesura del progetto	entro il 31-12-2019 evidenza progetto	POU/ Prof San	5	note del Direttore Dipartimento Immagini: costituito gruppo di lavoro multidisciplinare per lo studio del progetto in data 3/9/2019 presentazione progetto	5	😊

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**Professioni Sanitarie e Assistenti sociali**


tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti comparto	note
	6	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	10	nota del 5/5/2020 resp. Area riabilitativa sono stati condotti n. 2 audit per setting in data 20/09/2019 e 8/11/2019 per le Cure Domiciliari ed RSA è stato organizzato un evento formativo ad oggetto "L'approfondimento della valutazione fisioterapica per la persona fragile: il recupero funzionale fra performance e adattamento" obiettivo raggiunto	10	
	7	WHP: promozione del benessere del dipendente	Partecipazione alla costruzione ed attivazione di corsi per il benessere del Dipendente	4 edizioni entro il 31/12/2019					
	8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con il pubblico e della trasparenza comunicativa e monitoraggio dell'attività resa. <ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica della congruità dei dati del modulo "Verbale di accesso" per le attività di Sorveglianza da parte dei Tdp della S.C. Igiene e Sanità Pubblica, quando non siano utilizzati altri verbali o documenti similari.</li> <li>Monitoraggio degli accessi alle varie attività da parte di tutti i TdP del Dip. Prevenzione, attraverso il controllo della registrazione degli atti e/o l'utilizzo dei verbali previsti nei vari casi.</li> </ul>	Revisione del "verbale di accesso" ad uso della S.C. Igiene e Sanità Pubblica	Revisione del verbale entro giugno 2019	POU/ Prof San	10	nota id 71822896 del 10/01/2020 Direttore S.C: Igiene Pubblica verbale rivisto e conforme a quanto richiesto dalle esigenze di verbalizzazione in data 29/4/2019 id 66247862	10	
			Monitoraggio dell'inserimento dei dati a sistema.	Verifica della corretta registrazione dell'attività, anche attraverso sistema informatizzato, in almeno l'80% di quanto svolto,			nota id 71822896 del 10/01/2020 Direttore S.C: Igiene Pubblica pratiche complessive n. 1011 pratiche processate n. 982 di cui: 648 entro 15gg 162 da 15 a 30 gg 64 entro 120 gg 52 ancora da processare alla fine del 2019 la % dell'80% delle pratiche evase è stato raggiunto		



**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**Professioni Sanitarie e Assistenti sociali**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referenze	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti comparto	note
Performance	9	Formazione personale infermieristico ed amministrativo dei centri prelievo sulle modalità di accettazione e preparazione dei prelievi, al fine di ridurre i tempi di refertazione degli esami ematochimici dichiarati al paziente esterno	report sull'attività formativa, almeno due centri prelievo per distretto	analisi dei dati e valutazione di attività di miglioramento	POU/ Prof San	10	mail del 29/5/2020 resp. Area laboratori effettuate almeno 2 sessioni di formazione in tutti i distretti documentate da fogli firmati della Responsabile Area Laboratori. Tutte le attività di accettazione, prelievo e post prelievo sono state analizzate evidenziandone le criticità e modificando alcuni comportamenti che determinavano alcune criticità riscontrate in laboratorio	10	
	10	Monitoraggio del rispetto dei tempi di refertazione degli esami ematochimici dichiarati al paziente esterno	elaborazione di report relativi ai ritardi rilevati	analisi dei dati e valutazione di attività di miglioramento			reportistica effettuata sui tempi di refertazione che evidenziano un miglioramento dei tempi di refertazione e una percentuale di referti firmati in ritardo che oscilla tra lo 0,5% e l'1,2%, dato accettabile in relazione al numero delle richieste		
		Monitoraggio tempistica flussi dall'accettazione del prelievo ambulatoriale al check-in (analisi sui centri prelievo remoti)	elaborazione report attraverso l'utilizzo dei dati estratti dal Sistema Informativo di Laboratorio	riduzione dei tempi di latenza entro le 4 ore (prima verifica al 30 giugno 2019)			dalla reportistica inviata emerge che i dati sulle tempistiche presentano minimi scostamenti dalle 4 ore presiste come tempo limite. L'evento "ponte Morandi" ha influito sulla		

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**Professioni Sanitarie e Assistenti sociali**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referen te	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti compa rto	note
Performance	11	Migliorare la valutazione sociale dello stato di handicap ai sensi della L. 104/1992	Revisione schede sociali per valutazione handicap ai sensi della L. 104/1992 Attivazione percorsi formativi per tutti gli assistenti sociali in tema di Medicina Legale	Entro 31/10/2019 Attivazione nuova scheda Entro 31/12/2019 Attivazione percorso formativo	DSS	10	nota del 30/04/2020 resp. Area assistenti sociali il 7/10/2019 è stata effettuata una formazione obbligatoria per tutti gli assistenti sociali in tema di Medicina legale E' stata attivata una nuova scheda sperimentale dal 28/10 al 27/12 /2019 a seguito della sperimentazione sono state definite le nuove schede che verranno adottate nelle Commissioni legge 104	10	
	12	Dare piena attuazione al Protocollo Operativo per l'applicazione delle linee di indirizzo metodologiche finalizzate al corretto esercizio del ruolo dei servizi sanitari rispetto all'istituto dell'Amministrazione di Sostegno, di cui alla Deliberazione di A.Li.Sa. n. 198/2018"	Organizzazione, in collaborazione con A.Li.Sa., di momenti formativi con il personale coinvolto Monitoraggio dell'utilizzo di detto strumento	Entro 31/10/2019 Attivazione formazione Entro 31/12/2019 Rendicontazione richieste ADS			applicazione protocollo Alisa che consta di una giornata formativa metodologica ed una operativa , attualmente sospesa per emergenza COVID. Allegata alla relazione ricorsi presentati da ASL 3		
	13	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto			Raccolti dati su utenza straniera nel 2018 Individuazione di iniziative da portare avanti .Allegate alla relazione le presentazioni dei servizi obiettivo raggiunto		



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**Professioni Sanitarie e Assistenti sociali**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referen te	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti compa rto	note
Progetti	1	Privacy	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Genera li	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Le professioni sanitarie partecipano agli obiettivi dlle singole strutture di appartenenza Obiettivo raggiunto	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		RPCT	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria**



**Direttore Dottore Guido Di Vito**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigen za	Punti compa rto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigen za	note	Punti compa rto	note
<i>Performance</i>		<p>Predisposizione della documentazione finalizzata alla certificazione secondo norma ISO 9001/2015 di nuove strutture/percorsi aziendali :</p> <p>S.C. Farmaceutica Ospedaliera (UFA)</p> <p>S.C. Cardiologia – UTIC Ospedale Villa Scassi</p> <p>S.C. Cardiologia – UTIC Ospedali P.A. Micone, Gallino, La Colletta e Territorio</p> <p>S.C. Medicina Interna 1 Villa Scassi</p> <p>S.C. Medicina Interna 2 Villa Scassi</p> <p>S.C. Oculistica</p> <p>S.C. Pneumologia</p> <p>S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia</p> <p>Plastica</p> <p>S.C. Cure Palliative Area Metropolitana</p>	<p>Evidenza dell'individuazione dei processi da sottoporre a certificazione per le strutture citate</p>	<p>entro Dicembre 2019 implementazione sistema gestione qualita aziendale finalizzata alla certificazione di almeno 7 delle strutture citate</p>	SC	20	20	<p>nota del 6/5/2020 in data 9/19/11 dicembre 2019 a seguito di audit da parte del RINA , sino state certificate n. 13 strutture obiettivo raggiunto (ne erano previste 7) obiettivo raggiunto</p>	20		20	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria**







**Direttore Dottore Guido Di Vito**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
		Adempimenti relativi al rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale, subordinatamente alle indicazioni specifiche in materia da parte della Regione	Delibera regionale di rinnovo accreditamento per le strutture ospedaliere e territoriali	Rinnovo accreditamento istituzionale ospedale territorio	SC	20	20	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 6/5/2020: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: è stata implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. obiettivo raggiunto	20		20	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria**



**Direttore Dottore Guido Di Vito**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
		1. Controllo cartelle cliniche P.O.U. 2. Controllo cartelle cliniche Privato Accreditato 3.PNE	% cartelle soggette a controllo	1. garantire il controllo di almeno il 12,5% delle cartelle del P.O.U. ( invece del 10% previsto dalla norma) 2. garantire il controllo del 100% delle strutture private accreditate ( invece di un controllo a campione) 3. effettuazione controlli PNE su input regionale e spontanei ( almeno 1 all'anno spontaneo )	SC	20	15	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 6/5/2020 su 24916 cartelle ne sono state controllate n. 4170 pari al 16,7% del totale cartelle (l'obt era 12,5%) L'attività NOC ha riguardato inoltre i controlli dei ricoveri delle strutture accreditate pari al 71% dei ricoveri effettuati (1367 controlli/1914 ricoveri) L'emergenza COVID ha impedito il controllo delle cartelle degli ultimi mesi dell'anno (chiuso successivamente al verificarsi della pandemia) obiettivo raggiunto	20		15	
		Partecipazione alla predisposizione ed alla gestione dei processi di budget per le strutture sanitarie ( In collaborazione con il CCD)	Tempistica di chiusura fase del processo di budget relativa alla contrattazione con le Strutture	entro il 30 aprile 2019	SC/CCD	15	0	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 6/5/2020 la Struttura ha attivamente partecipato alle sedute di budget obiettivo raggiunto	15		0	
		CUSTOMER CARE OSPEDALIERA: Elaborazione di un'indagine annua di customer satisfaction	elaborazione dei questionari	Report annuo aziendale che identifichi il grado di soddisfazione dell'utenza nei confronti della qualità assistenziale ed alberghiera, in ambito degenziali e ambulatoriale dei Presidi Ospedalieri Aziendali	SC	5	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 6/5/2020 la relazione del 13/1/2020 (trasmessa a Direzione aziendale e a CCD)contiene le risultanze della customer satisfaction 2019 obiettivo raggiunto	5		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria**

**Direttore Dottore Guido Di Vito**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigen za	Punti compa rto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigen za	note	Punti compa rto	note
		<p>GESTIONE N° VERDE</p> <p>1- RIASSEGNAZIONE VISITE SPECIALISTICHE</p> <p>2- PROGETTI CAMPAGNE DI PREVENZIONE</p>	<p>1. Report relativi alle prestazioni riassegnate</p> <p>2. Elaborazione dei planning e gestione degli appuntamenti per le singole iniziative di prevenzione</p>	<p>1. evasione di tutte le segnalazioni nei tempi previsti</p> <p>2. stesura e trasmissione dei planning alle Strutture coinvolte</p>	SC	0	15	<p>Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 6/5/2020</p> <p>n. segnalazioni ricevute: 1069 tutte gestite telefonicamente</p> <p>gestioni più complesse provenienti da URP n. 83, tutte risolte (documentazioe agli atti URP)</p> <p>iniziative di promozione alla salute gestite telefonicamente (prenotazioni e call center) n. 5 per n. 1161 telefonate dell'utenza</p> <p>obiettivo raggiunto</p>	0		15	
		<p>Monitoraggio dell'adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</p>	<p>Analisi relativa alla corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre-</p>	<p><b>Entro il 10/12/2019</b></p> <p>Elaborazione di documento di esito relativo ai controlli a campione effettuati sulla documentazione prodotta nell'anno 2019</p>	UGR							

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria

Direttore Dottore Guido Di Vito

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
		Monitoraggio dell'adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Analisi relativa alla corretta compilazione delle schede uniche di terapia	<b>Entro il 10/12/2019</b> Elaborazione di documento di esito relativo ai controlli a campione effettuati sulla documentazione prodotta nell'anno 2019	UGR	10	10		10	😊	10	😊
		Supporto metodologico alle Strutture Aziendali relativamente alla progettazione ed implementazione dei percorsi di Audit Clinico	1) Evidenza di incontri di analisi consultiva relativa ai percorsi di audit clinico (edizione 2018) 2) Evidenza di incontri di programmazione relativa ai percorsi di Audit	<b>Entro il 08/04/2019</b> comunicazione formale al C.C.D. degli argomenti di Audit clinico assegnati alle strutture. <b>Entro il 10/12/2019</b> Elaborazione di documento di esito relativo ai percorsi	UGR			Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: sono state monitorate tutte le attività oggetto di obiettivo UGR assegnate alle Strutture aziendali Obiettivo Raggiunto				







**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**





S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria



Direttore Dottore Guido Di Vito



tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigen za	Punti compa rto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigen za	note	Punti compa rto	note
<i>Progetti</i>	1	Privacy	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Genera li</i>	5	5	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		<i>RPCT</i>	5	5	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparato	note
Flussi e indirizzi regionali	1	Verifica mensile flussi traccia inviati da A.Li.Sa.	Verifica mensile dei file traccia per i farmaci inviati da Alisa vs. consumi aziendali: invio relazioni di riconciliazioni dei dati.	Rispetto degli invii delle relazioni di riconciliazione con il flusso traccia inviato da Alisa.	SIA/ Bilancio	10	10	nota id 77024901 del 01/2020 le tempistiche sono state rispettate, tranne un ritardo di 3 gg nell'invio di aprile le relazioni di riconciliazione sono state inviate (allegato 1 relazione) obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da ALISA/ diar	VEDI SCHEDA ALLEGATA		PPC	5	5	vedi scheda Obiettivi A.Li.Sa. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	Verifica mensile flussi dispositivi medici.	Qualità dei dati di consumo dei dispositivi medici.	Completezza e rispetto della tempistica nell'invio dei dati richiesti.	SIA/ Bilancio	10	10	nota id 77024901 del 01/2020 viene rendicontato mensilmente il consumo di dispositivi medici. Viene altresì redatta una relazione contenente il confronto con gli anni precedenti (allegato 2 relazione) obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	1	Proposta per la revisione prontuario terapeutico Aziendale e della distribuzione alle RSA convenzionate	formulazione di proposta alla Commissione PTA per la revisione del PTA sulla scorta dei dati di consumo reale dei farmaci e sulla possibilità di unificare il prontuario aziendale con quello fino ad oggi dedicato alle RSA convenzionate fornite in diretta	invio proposta entro luglio 2019 distribuzione alle RSA convenzionate da ottobre 2019	POU DSS	10	10	nota id 77024901 del 01/2020 proposta formalizzata in data 31/7/2019 con verbalizzazione incontro (agli atti) nel quale è stato analizzato il prontuario vigente nelle RSA e quello aziendale. Effettuata analisi della spesa dei farmaci inclusi nel prontuario RSA ma non in quello ASL elaborazione di proposta per prontuario RSA che è stata presentata a dicembre 2019 nella prima riunione utile della Commissione PTA aziendale obiettivo parzialmente raggiunto per rispetto della prima scadenza ma non della seconda dicembre invece di ottobre	7,5	😐	7,5	😐

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparato	note
PERFORMANCE		Monitoraggio dei farmaci sottoposti a registro AIFA e a rimborso da parte delle aziende	Controllo della compilazione e della chiusura del 100% delle schede AIFA	% schede AIFA compilate sul totale schede (per i farmaci che prevedono rimborso)	POU	5	5	<p>nota id 77024901 del 01/2020</p> <p>farmaci oncologici: 134 pz/134 trattamenti di pz per i quali la terapia doveva considerarsi conclusa (cessazione terapia da 3 mesi, senza relazione clinica che spiega la necessità di lasciare ancora aperto il trattamento)</p> <p>farmaci non oncologici: dispensazioni n. 2234 prescrizioni e relative dispensazioni sul portale SAS_AIFA per farmaci non oncologici/n. 2234 farmaci presenti nel flusso</p> <p>farmaci non oncologici: chiusure schede chiusi n. 50 trattamenti corrispondenti a n. 50 pz. che non ricevevano terapia da più di 3 mesi o per i quali si è reso clinicamente necessario uno shift terapeutico o perchè in corso di trattamento con farmaci per il quale il registro di monitoraggio è stato chiuso</p> <p>obiettivo raggiunto</p>	5		5	
	2	Monitoraggio switch all'interno della stessa categoria terapeutica (ATC) verso molecole il cui brevetto è scaduto evitando aumenti di consumo di farmacia brevetto non scaduto	report non conformità	report non conformità		5	5	<p>nota id 77024901 del 01/2020</p> <p>il monitoraggio è stato eseguito. L'utilizzo dei biosimilari è stato implementato nel corso dell'anno.</p> <p>Il monitoraggio è stato effettuato per tutte le molecole utilizzate in Azienda.</p> <p>In tutti i casi c'è stata una diminuzione dell'utilizzo di biosimilari a brevetto non scaduto</p> <p>obiettivo raggiunto</p>	5		5	

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparato	note
		Monitoraggio riduzione consumo antibiotici, in particolare fluorochinoloni	riduzione 2% consumo antibiotici riduzione 2% consumo fluorochinoloni a favore di terapia orale	report su consumi e costi monitoraggio su non conformità	FARM OSP PPC	5	5	nota id 77024901 del 01/2020 monitoraggio effettuato con cadenza trimestrale inviati report alle strutture non in linea con l'obiettivo di risparmio del 2% sul consumo di antibiotici (obt taggiunto = 0,63%) per il consumo di fluorochinoloni (obt della riduzione del 2% raggiunto obiettivo raggiunto	5		5	
NCF	3	Attivazione progetto per l'erogazione dei Farmaci utilizzati per infiltrazione intraarticolari, in collaborazione con SC RX Scassi	stesura istruzione operativa per l'erogazione del farmaco intraarticolare, dietro il pagamento da parte del pz del corrispettivo del costo sostenuto dall'azienda	Entro 30/05/2019 stesura istruzione operativa e relativi codici CUP Entro 31/07/2019 avvio progetto	POU FARMACIA per quanto di competenza	10	10	nota id 77024901 del 01/2020 il progetto è stato realizzato pur con qualche ritardo rispetto alla tempistica prevista. Entro il 31/5/2019 è stato inviato il progetto in data 19/11/2019 è stata licenziata l'istruzione operativa e la modulistica obiettivo raggiunto	10		10	

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigen za	Punti compar to	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigen za	note	Punti comp arto	note
PERFORMA	4	Modifica nell'erogazione diretta ai pz Dializzati Ambulatorio Colletta	costituzione procedura per la gestione dei pacchetti a pz da inviare dalla sede centrale Farmacia alla sede colletta	Entro 30/06/2019 costituzione procedura Entro 31/12/2019 avvio progetto	POU	10	10	nota id 77024901 del 01/2020 verbale del 28/8/2019 (agli atti) nel quale si definiscono le nuove modalità di erogazione diretta ai pazienti emodializzati afferenti l'ambulatorio di Arenzano progetto già operativo da gennaio 2019 (formalizzazione successiva) obiettivo parzialmente raggiunto (mancato rispetto del termine per la costituzione della procedura 28//8/2019 invece del 30/06/2019	7,5		7,5	




tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparato	note
QUALITA'	1	Accreditamento farmacia ospedaliera / Certificazione U.F.A.	Accreditamento: aggiornamento e implementazione del documentale alla luce del nuovo manuale Accredитamento ( DGR 1185 del 28/12/2017 )	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO manuale accreditamento ( DGR 1185 del 28/12/2017) entro giugno 2019 Programmazione incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del NUOVO manuale accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio . Implementazione del SGQ secondo norma ISO 9001/2015 ( UFA ) Audit parte prima entro Ottobre 2019	SC Governo Clinico Organizzazione sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredитamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015				La certificazione è stata mantenuta per l'anno 2019 obiettivo raggiunto					

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparato	note
PROGETTI	1	PRIVACY	Obiettivi previsti dalla scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione	Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Responsabile PCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>95</b>		<b>95</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**Staff Direzione Sanitaria**

**Dottorssa Flavia Emanuelli - Dottorssa Daniela Pezzano**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note
PERFORMANCE	1	Partecipazione alla predisposizione ed alla gestione dei processi di "budget" per le strutture sanitarie, valutazione degli obiettivi raggiunti nel 2018 con attività di raccordo e di informazione con i Dipartimenti e le SS.CC. Sanitarie Aziendali	Tempistica di chiusura fase del processo di budget relativa alla contrattazione con le SS.CC. /SS.DD. Sanitarie e di valutazione del raggiungimento degli obiettivi dell'anno 2018	entro il 30 aprile 2019	DS	20	mail del 28/05/2020 La struttura ha partecipato attivamente alla predisposizione ed alla gestione del processo di budget, come risulta dal calendario degli incontri obiettivo raggiunto	20	
	2	1. Controllo cartelle cliniche P.O.U. 2. Controllo cartelle cliniche Privato Accreditato	% cartelle soggette a controllo	1. partecipare al controllo di almeno il 12,5% delle cartelle del P.O.U. ( invece del 10% previsto dalla norma) 2. garantire il controllo del 100% delle strutture private accreditate ( invece di un controllo a campione) 3. effettuazione controlli PNE su input regionale e spontanei ( almeno 1 all'anno spontaneo )	DS	15	mail del 28/05/2020 12,5% cartelle da controllare pari a n. 3114 cartelle controllate n.4170 pari al 16,7% obiettivo raggiunto	15	
	3	Garantire il monitoraggio della qualità dei servizi offerti dalle strutture in convenzione	Evidenza della partecipazione ai controlli annuali dell'attività in hospice e dell'attività a domicilio per cure palliative	100% dei verbali redatti firmati	DS	15	attività di vigilanza presso Associazione Gigi Ghirotti con la partecipazione in Commissione sia della Direzione Sanitaria Aziendale , sia della SSD Cure Palliative Hospice Gigi Ghirotti Bolzaneto - 30/01/2019 Hospice Gigi Ghirotti Via Montallegro 17/4/2019 assistenza domiciliare Gigi Ghirotti 3 vigilanze a domicilio dei pz. (4 pz. reclutati in base a criteri predefiniti per ogni vigilanza)15/5/2019 - 12/06/2019 - 22/10/2019. Verbalizzazione agli atti della	15	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**Staff Direzione Sanitaria**









**Dottorssa Flavia Emanuelli - Dottorssa Daniela Pezzano**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note
PERFORMANCE	4	Riduzione tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali	Rispetto delle classi di priorità B e D Contenimento dei tempi di attesa almeno per il 95% delle richieste	Formulazione report mensile su andamento dell'offerta interna e da erogatori privati in collaborazione con SSD Assistenza di base specialistica e farmaceutica	DS	10	mail del 28/05/2020 il monitoraggio è stato effettuato in ottemperanza alle indicazioni di A.Li.Sa. Sia per quanto riguarda le prestazioni ASL che per quelle del privato accreditato	10	☺
				Evidenza di monitoraggio continuo e di azioni correttive entro luglio 2019 in collaborazione con SSD Assistenza di base specialistica e farmaceutica per monitoraggio e indicazioni operative rivolte agli erogatori privati	DS	20	per le azioni attivate si rinvia alla relazione agli atti. Le stesse sono state conformi a quanto indicato da A.Li.Sa. obiettivo raggiunto	20	☺
	5	Analisi dei fabbisogni di personale medico delle Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali ed di alcune Strutture Semplici a maggiore complessità per ogni Dipartimento Ospedaliero	Rilevazione del fabbisogno di personale medico e suo confronto con la dotazione disponibile per le singole strutture reclutabili attraverso apposite matrici	Compilazione delle matrici organizzative Aziendali entro marzo 2019 e rivalutazione entro ottobre 2019	DS	10	mail del 28/05/2020 l'attività di compilazione delle matrici organizzative aziendali è stata svolta. Detta attività ha comportato incontro con le componenti organizzative aziendali. La reportistica è disponibile agli atti della Direzione Sanitaria obiettivo raggiunto	10	☺
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	obt rendicontato con Direzione Sanitaria obiettivo raggiunto	10	☺
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>		<b>100</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.S.D. Gestione Rifiuti

Responsabile Dottoressa Marina Franca Pasquarelli Vignati

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	1	Procedura unica per lo smaltimento di varie tipologie di rifiuti da valutare in Commissione Fuori uso	Semplificazione e riduzione dei tempi di smaltimento dei rifiuti	Inserimento in Intranet Aziendale di un unico modello rifiuti ingombranti, RAEE, materiale informatico, elettromedicali ed apparecchiature telefoniche entro 31/10/2019	S.S.D. Gestione Rifiuti	20	20	mail del 1/6/2020 la procedura è ancora in corso di elaborazione anche in considerazione dell'iniziale mancato coinvolgimento del personale sanitario al quale spetta il compito di sanitzizzare i RAEE. Obiettivo non raggiunto	0		0	
	2	Inserimento graduale di AMIU nel processo di R.D. presso le sedi di A.S.L. 3	Posizionamento di nuovi contenitori per R.D.	Aumento del 10% del quantitativo attuale della R.D.	S.S.D. Gestione Rifiuti	15	15	mail dell'1/6/2020 e del 3/6/2020 viene fornito il dato complessivo relativo alla differenziata sia presso la struttura ASL sia presso i comuni. Anno 2018 128587 Kg anno 2019 148936 Kg per un incremento del +10,53% obiettivo raggiunto	15		15	
	3	Programmazione R.D. nelle varie sedi di A.S.L. 3 presso Comuni serviti da Municipalizzate diverse da AMIU	Posizionamento di nuovi contenitori e/o raccolta porta a porta	Aumento 5% della frazione di R.D. presso i singoli Comuni al 31.12.2019	S.S.D. Gestione Rifiuti	15	15		15		15	
	4	Campagna comunicazione di installazione Isole di Raccolta per il pubblico di pile e di farmaci scaduti (a carico di AMIU) c/o le sedi principali di A.S.L. 3	Comunicazione sul sito aziendale e distribuzione di locandine dedicate	Report di AMIU relativo all'incremento di raccolta su pile e farmaci al 30.09.2019	S.S.D. Gestione Rifiuti	10	10	mail del 1/6/2020 Sono stati presi accordi per incremento di raccolta su pile e farmaci. Obiettivo raggiunto a fine 2019 in considerazione dello scarto temporale minimo, l'obiettivo si considera raggiunto	10		10	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### S.S.D. Gestione Rifiuti

Responsabile Dottoressa Marina Franca Pasquarelli Vignati

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	5	Installazione di Isole di Raccolta per il pubblico per lo smaltimento di pile e di farmaci c/o le sedi principali di A.S.L. 3	Posizionamento di colonnine dedicate per raccolta farmaci e pile in collaborazione con AMIU	Campagna di sensibilizzazione sulla R.D. e agevolazione per la popolazione al 30.11.2019	S.S.D. Gestione Rifiuti	10	10	mail del 1/6/2020 il progetto è stato interrotto da AMIU per criticità interne e per il rinvio della gare per la fornitura di colonnine per raccolta pile e farmaci in considerazione dell'estraneità della struttura al mancato raggiungimento dell'obiettivo, lo stesso si può considerare raggiunto	10	😊	10	😊
	6	Aggiornamento e controllo dei Depositi Temporanei di tutte le sedi produttive di A.S.L. 3	Invio dei resoconti delle visite ispettive alla Direzione Sanitaria e alle Direzioni interessate	Effettuazione di tutti i sopralluoghi entro il 31.12.2019	S.S.D. Gestione Rifiuti	10	10	mail del 1/6/2020 tutte le sedi ASL sono state sottoposte a controllo sono stati ispezionati anche tutti i depositi temporanei obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊





## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.S.D. Gestione Rifiuti

Responsabile Dottoressa Marina Franca Pasquarelli Vignati

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo parzialmente raggiunto manca reg tratt/check list/rischio	7,5	☹️	7,5	☹️
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	☹️	7,5	☹️
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>75</b>		<b>75</b>	









**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**  
**Direttore Dottor Marco Vaggi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note
	1	Coordinamento delle attività in tema di elaborazione di linee di indirizzo e monitoraggio percorsi di cura per patologia assegnati alle strutture del dipartimento	Coordinamento elaborazione linee di indirizzo e monitoraggio percorsi di cura per patologia	Entro 31/12 Evidenza linee di indirizzo e monitoraggio percorsi di cura per patologia assegnati alle Strutture del Dipartimento	<i>Direttori SC</i>	40	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto. Analogamente è stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale e Sert) che ha elaborato, su mandato della Direzione, delle linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con Disturbi gravi di personalità (DGP), secondo gli standard di riferimento nazionali ed internazionali. Nel corso dell'anno tale protocollo è stato condiviso in tutte le sedi di lavoro, è proseguita una formazione specifica per migliorare le competenze di operatori di tutte le professionalità nel trattamento dei gravi disturbi di personalità ed è stato predisposto un set di indicatori di monitoraggio specifico. Obiettivo raggiunto.	40	
	1	Coordinamento della separazione tra NPI e Consultorio familiare con continuità assistenziale garantita alle persone e istituzioni - con monitoraggio e autorizzazione percorsi di cura esternalizzati per parte di competenza	Evidenza trasferimento competenze monitoraggio e autorizzazione percorsi di cura esternalizzati con correlato provvedimento aziendale	Entro 31/12 Evidenza trasferimento competenze	<i>DSS/DSM</i>	40	Si riporta stralcio della relazione del Direttore del Dipartimento di SM, conservata agli atti: "In data 1 dicembre 2018 è stata assegnata la Responsabilità della SSD NPIA, ma per molta parte dell'anno 2019 il personale che avrebbe dovuto essere assegnato alla SSD NPIA sulla base del progetto di riorganizzazione concordato con il Responsabile della SSD Attività Consultoriali in assenza di alcuni passaggi formali è di fatto rimasto attribuito alla SSD Consultorio Familiare, per cui risulta difficile relazionare in termini esatti l'attività complessiva della struttura per il 2019. In data 20/6/2019 con nota del Direttore Socio Sanitario sono stati assegnati alla SSD NPIA tutti i Dirigenti NPIA, tutti i Logopedisti, tutti i Fisioterapisti/Psicomotricisti e 6 amministrativi della ex SCAC. In data 12/11/2019 con nota della Direzione Socio Sanitaria a seguito di bando di mobilità venivano assegnati alla SSD NPIA 9 psicologi della ex SCAC." Obiettivo Raggiunto	40	
<i>Progetti</i>	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Generali</i>	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		<i>RPCT</i>	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS8**

**Direttore Dottor Marco Vaggi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti affetti da DGP	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti affetti da DGP e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	20	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale e Sert) che ha elaborato, su mandato della Direzione, delle linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con Disturbi gravi di personalità (DGP), secondo gli standard di riferimento nazionali ed internazionali. Nel corso dell'anno tale protocollo è stato condiviso in tutte le sedi di lavoro, è proseguita una formazione specifica per migliorare le competenze di operatori di tutte le professionalità nel trattamento dei gravi disturbi di personalità ed è stato predisposto un set di indicatori di monitoraggio specifico. Obiettivo raggiunto.	20		5	
	2	Ridefinizione della presa in carico e dei percorsi di cura nei pazienti giovani (14-25 anni) affetti da disturbi mentali di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti giovani (14-25 aa) affetti da disturbi mentali	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti giovani affetti da disturbi mentali e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	15		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS8**





**Direttore Dottor Marco Vaggi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	3	Ridefinizione dei percorsi di cura e continuità nella presa in carico dei giovani affetti da disabilità mentale e patologia psichiatrica	Miglioramento nella continuità della presa in carico al passaggio dalla SSD NPIA ai servizi per gli adulti (SSD Disabilità, Salute mentale) dei soggetti minori affetti da disabilità intellettiva e/o psichica	Entro 30 Giugno Attivazione di un tavolo tecnico pluriprofessionale e interservizi (NPIA, SSD Diabilità, Salute Mentale, Sert) per la stesura di linee di indirizzo condivise (traccia documentale) - Entro 31 Dicembre condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipie dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	15		5	
	4	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	
	5	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione (assistenti sociali)	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto	DSS	0	10	Come da relazione del 30.4 conservata agli atti è stato effettuato il rapporto e si sono effettuati 3 incontri di presentazione ai 30 operatori Asl. Obiettivo raggiunto.	0		10	
Performance	6	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr 2 di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	Come da relazione del 5.5.2020 conservata agli atti entrambi gli audit sono stati effettuati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS8**

**Direttore Dottor Marco Vaggi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Qualità	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Come da certificazione pervenuta dalla Responsabile dell'UGR conservata agli atti entrambi gli obiettivi sono stati raggiunti	10		10	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS8**

**Direttore Dottor Marco Vaggi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Territoriale	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 9**

**Direttore Dottor Paolo Peloso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Contributo all'equilibrio economico	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	1	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti affetti da DGP	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti affetti da DGP e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale e Sert) che ha elaborato, su mandato della Direzione, delle linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con Disturbi gravi di personalità (DGP), secondo gli standard di riferimento nazionali ed internazionali. Nel corso dell'anno tale protocollo è stato condiviso in tutte le sedi di lavoro, è proseguita una formazione specifica per migliorare le competenze di operatori di tutte le professionalità nel trattamento dei gravi disturbi di personalità ed è stato predisposto un set di indicatori di monitoraggio specifico. Obiettivo raggiunto.	15	😊	5	😊
	2	Ridefinizione della presa in carico e dei percorsi di cura nei pazienti giovani (14-25 anni) affetti da disturbi mentali di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti giovani (14-25 aa) affetti da disturbi mentali	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti giovani affetti da disturbi mentali e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	15	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 9**

**Direttore Dottor Paolo Peloso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	3	Ridefinizione dei percorsi di cura e continuità nella presa in carico dei giovani affetti da disabilità mentale e patologia psichiatrica	Miglioramento nella continuità della presa in carico al passaggio dalla SSD NPIA ai servizi per gli adulti (SSD Disabilità, Salute mentale) dei soggetti minori affetti da disabilità intellettiva e/o psichica	Entro 30 Giugno Attivazione di un tavolo tecnico pluriprofessionale e interservizi (NPIA, SSD Diabilità, Salute Mentale, Sert) per la stesura di linee di indirizzo condivise (traccia documentale) - Entro 31 Dicembre condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro	DSS	10	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	10	😊	5	😊
	4	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	10	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	5	Piano formativo dedicato alla prevenzione dei suicidio in tutte le sedi della Azienda	Evidenza in corso di percorso attivato - Questionari apprendimento e soddisfazione partecipanti	Attivazione di altri 3 corsi nel 2019 (calendario formazione su piattaforma informatica)	UGR	5	5	Come da certificazione pervenuta dalla Responsabile della SC Aggiornamenti e Formazione conservata agli atti sono stati effettuati n.2 corsi: l'edizione 2.10.2019 e l'edizione 8.11.2019. Obiettivo parzialmente raggiunto.	3,75	😊	3,75	😊
	6	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione (assistenti sociali)	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto	DSS	0	10	Come da relazione del 30.4 conservata agli atti è stato effettuato il rapporto e si sono effettuati 3 incontri di presentazione ai 30 operatori Asl. Obiettivo raggiunto.	0	😊	10	😊
	7	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 3% consumo antibiotici Riduzione del 3% dei fluorochinologici a favore di terapia orale	Riduzione 3% consumo antibiotici Riduzione del 3% dei fluorochinologici a favore di terapia orale	POU/CIO/Farmacia Territoriale	5	0	Come da comunicazione della Farmacia Ospedaliera conservata agli atti l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto	3,75	😊	0	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 9**









**Direttore Dottor Paolo Peloso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Qualità	1	ACCREDITAMENTO	Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Come da certificazione pervenuta dalla Responsabile dell'UGR conservata agli atti entrambi gli obiettivi sono stati raggiunti	10	😊	10
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Territoriale	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale.	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>98,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 10**

**Direttore Dottor Rocco Picci**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti affetti da DGP	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti affetti da DGP e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale e Sert) che ha elaborato, su mandato della Direzione, delle linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con Disturbi gravi di personalità (DGP), secondo gli standard di riferimento nazionali ed internazionali. Nel corso dell'anno tale protocollo è stato condiviso in tutte le sedi di lavoro, è proseguita una formazione specifica per migliorare le competenze di operatori di tutte le professionalità nel trattamento dei gravi disturbi di personalità ed è stato predisposto un set di indicatori di monitoraggio specifico. Obiettivo raggiunto.	15		5	
	2	Ridefinizione della presa in carico e dei percorsi di cura nei pazienti giovani (14-25 anni) affetti da disturbi mentali di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti giovani (14-25 aa) affetti da disturbi mentali	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti giovani affetti da disturbi mentali e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	10	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPJA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	10		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 10**

**Direttore Dottor Rocco Picci**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	3	Ridefinizione dei percorsi di cura e continuità nella presa in carico dei giovani affetti da disabilità mentale e patologia psichiatrica	Miglioramento nella continuità della presa in carico al passaggio dalla SSD NPIA ai servizi per gli adulti (SSD Disabilità, Salute mentale) dei soggetti minori affetti da disabilità intellettiva e/o psichica	Entro 30 Giugno Attivazione di un tavolo tecnico pluriprofessionale e interservizi (NPIA, SSD Diabilità, Salute Mentale, Sert) per la stesura di linee di indirizzo condivise (traccia documentale) - Entro 31 Dicembre condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro	DSS	10	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	10	😊	5	😊
	4	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavello e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavello per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata	0	😊	5	😊
	5	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione (assistenti sociali)	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto	DSS	0	5	Come da relazione del 30.4 conservata agli atti è stato effettuato il rapporto e si sono effettuati 3 incontri di presentazione ai 30 operatori Asl. Obiettivo raggiunto.	0	😊	5	😊
	6	Miglioramento dei percorsi di cura di quadri di emergenza psichiatrica (in particolare agitazione psicomotoria, stati di intossicazione acuta da sostanze) in collaborazione con Medicina d'urgenza e Rianimazione (da mettere su tutti)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di trattamento in Ospedale per i pazienti che presentano agitazione psicomotoria e intossicazione acuta da sostanze	Entro 30 Marzo attivazione di tavolo tecnico Entro 30 settembre stesura linee di indirizzo Entro 31 dicembre condivisione linee di indirizzo presso tutte le sedi interessate	DSS	10	5	Come da relazione del Direttore di Dipartimento conservata agli atti tutti gli obiettivi previsti sono stati raggiunti	10	😊	5	😊
Performance	7	Audit sulla compilazione del materiale documentale (area riabilitativa)	nr 2 di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	Come da relazione del 5.5.2020 conservata agli atti entrambi gli audit sono stati effettuati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
	8	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione 3% consumo antibiotici Riduzione del 3% dei fluorochinoloni a favore di terapia orale	Riduzione 3% consumo antibiotici Riduzione del 3% dei fluorochinoloni a favore di terapia orale	POU/CIO/F armacia Territoriale	5	0	Come da comunicazione della Farmacia Ospedaliera conservata agli atti l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto	3,75	😊	0	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 10**

**Direttore Dottor Rocco Picci**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Qualità	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Come da certificazione pervenuta dalla Responsabile della SC Aggiornament e Formazione conservata agli atti sono stati effettuati n.2 corsi: I° edizione 2.10.2019 e II° edizione 8.11.2019. Obiettivo parzialmente raggiunto.	10	😊	10	😊
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Territoriale /farmacia Ospedaliera	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>98,75</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 11**

**Direttore Dottor Lucio Ghio**












tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti affetti da DGP	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti affetti da DGP e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale e Sert) che ha elaborato, su mandato della Direzione, delle linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con Disturbi gravi di personalità (DGP), secondo gli standard di riferimento nazionali ed internazionali. Nel corso dell'anno tale protocollo è stato condiviso in tutte le sedi di lavoro, è proseguita una formazione specifica per migliorare le competenze di operatori di tutte le professionalità nel trattamento dei gravi disturbi di personalità ed è stato predisposto un set di indicatori di monitoraggio specifico. Obiettivo raggiunto.	15	😊	5	😊
	2	Ridefinizione della presa in carico e dei percorsi di cura nei pazienti giovani (14-25 anni) affetti da disturbi mentali di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti giovani (14-25 aa) affetti da disturbi mentali	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti giovani affetti da disturbi mentali e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	10	10	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
Performance	3	Ridefinizione dei percorsi di cura e continuità nella presa in carico dei giovani affetti da disabilità mentale e patologia psichiatrica	Miglioramento nella continuità della presa in carico al passaggio dalla SSD NPIA ai servizi per gli adulti (SSD Disabilità, Salute mentale) dei soggetti minori affetti da disabilità intellettiva e/o psichica	Entro 30 Giugno Attivazione di un tavolo tecnico pluriprofessionale e interservizi (NPIA, SSD Disabilità, Salute Mentale, Sert) per la stesura di linee di indirizzo condivise (traccia documentale) - Entro 31 Dicembre condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro	DSS	10	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	10	😊	5	😊
	5	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione (assistenti sociali)	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto	DSS	0	10	Come da relazione del 30.4 conservata agli atti è stato effettuato il rapporto e si sono effettuati 3 incontri di presentazione ai 30 operatori Asl. Obiettivo raggiunto.	0	😊	10	😊



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 11**

**Direttore Dottor Lucio Ghio**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	6	Miglioramento dei percorsi di cura di quadri di emergenza psichiatrica (in particolare agitazione psicomotoria, stati di intossicazione acuta da sostanze)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di trattamento in Ospedale per i pazienti che presentano agitazione psicomotoria e intossicazione acuta da sostanze	Entro 30 Marzo attivazione di tavolo tecnico Entro 30 settembre stesura linee di indirizzo Entro 31 dicembre condivisione linee di indirizzo presso tutte le sedi interessate	DSS	15	10	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale e Sert) che ha elaborato, su mandato della Direzione, delle linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con Disturbi gravi di personalità (DGP), secondo gli standard di riferimento nazionali ed internazionali. Nel corso dell'anno tale protocollo è stato condiviso in tutte le sedi di lavoro, è proseguita una formazione specifica per migliorare le competenze di operatori di tutte le professionalità nel trattamento dei gravi disturbi di personalità ed è stato predisposto un set di indicatori di monitoraggio specifico. Obiettivo raggiunto.	15		10	
	7	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr 2 di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	Come da relazione del 5.5.2020 conservata agli atti entrambi gli audit sono stati effettuati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto	0		10	
Qualità	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Come da certificazione pervenuta dalla Responsabile dell'UGR conservata agli atti gli obiettivi sono stati raggiunti	10		10	
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 12**

**Direttore Dottor Gianfranco Nuvoli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti affetti da DGP	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti affetti da DGP e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	20	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale e Sert) che ha elaborato, su mandato della Direzione, delle linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con Disturbi gravi di personalità (DGP), secondo gli standard di riferimento nazionali ed internazionali. Nel corso dell'anno tale protocollo è stato condiviso in tutte le sedi di lavoro, è proseguita una formazione specifica per migliorare le competenze di operatori di tutte le professionalità nel trattamento dei gravi disturbi di personalità ed è stato predisposto un set di indicatori di monitoraggio specifico. Obiettivo raggiunto.	20	😊	5	😊
	2	Ridefinizione della presa in carico e dei percorsi di cura nei pazienti giovani (14-25 anni) affetti da disturbi mentali di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti giovani (14-25 aa) affetti da disturbi mentali	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti giovani affetti da disturbi mentali e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	15	😊	5	😊
	3	Ridefinizione dei percorsi di cura e continuità nella presa in carico dei giovani affetti da disabilità mentale e patologia psichiatrica	Miglioramento nella continuità della presa in carico al passaggio dalla SSD NPIA ai servizi per gli adulti (SSD Disabilità, Salute mentale) dei soggetti minori affetti da disabilità intellettiva e/o psichica	Entro 30 Giugno Attivazione di un tavolo tecnico pluriprofessionale e interservizi (NPIA, SSD Diabilità, Salute Mentale, Sert) per la stesura di linee di indirizzo condivise (traccia documentale) - Entro 31 Dicembre condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	15	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 12**

**Direttore Dottor Gianfranco Nuvoli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	4	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
	5	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione (assistenti sociali)	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto	DSS	0	10	Come da relazione del 30.4 conservata agli atti è stato effettuato il rapporto e si sono effettuati 3 incontri di presentazione ai 30 operatori Asl. Obiettivo raggiunto.	0	😊	10	😊
	6	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr 2 di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	Come da relazione del 5.5.2020 conservata agli atti entrambi gli audit sono stati effettuati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
Qualità	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 12**

**Direttore Dottor Gianfranco Nuvoli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il <b>28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto Entro il <b>31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Come da certificazione pervenuta dalla Responsabile dell'UGR conservata agli atti gli obiettivi sono stati raggiunti	10	😊	10	😊
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Territoriale	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 13**

**Direttore Dottor Pietro Ciliberti**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti affetti da DGP	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti affetti da DGP e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	20	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale e Sert) che ha elaborato, su mandato della Direzione, delle linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con Disturbi gravi di personalità (DGP), secondo gli standard di riferimento nazionali ed internazionali. Nel corso dell'anno tale protocollo è stato condiviso in tutte le sedi di lavoro, è proseguita una formazione specifica per migliorare le competenze di operatori di tutte le professionalità nel trattamento dei gravi disturbi di personalità ed è stato predisposto un set di indicatori di monitoraggio specifico. Obiettivo raggiunto.	20	😊	5	😊
	2	Ridefinizione della presa in carico e dei percorsi di cura nei pazienti giovani (14-25 anni) affetti da disturbi mentali di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per i pazienti giovani (14-25 aa) affetti da disturbi mentali	Entro 30 marzo Monitoraggio del livello di condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro e implementazione di un set di indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura dei pazienti giovani affetti da disturbi mentali e confronto con linee di indirizzo - Entro 30 giugno report semestrale (traccia documentale) - Entro 31/12/2019 report annuale (traccia documentale)	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	15	😊	5	😊
	3	Ridefinizione dei percorsi di cura e continuità nella presa in carico dei giovani affetti da disabilità mentale e patologia psichiatrica	Miglioramento nella continuità della presa in carico al passaggio dalla SSD NPPIA ai servizi per gli adulti (SSD Disabilità, Salute mentale) dei soggetti minori affetti da disabilità intellettiva e/o psichica	Entro 30 Giugno Attivazione di un tavolo tecnico pluriprofessionale e interservizi (NPPIA, SSD Disabilità, Salute Mentale, Sert) per la stesura di linee di indirizzo condivise (traccia documentale) - Entro 31 Dicembre condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro	DSS	15	5	E' stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	15	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 13**

**Direttore Dottor Pietro Ciliberti**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	4	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	5	La commissione del DDT da parte del reparto riceve i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
	5	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione (assistenti sociali)	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto	DSS	0	10	Come da relazione del 30.4 conservata agli atti è stato effettuato il rapporto e si sono effettuati 3 incontri di presentazione ai 30 operatori Asl. Obiettivo raggiunto.	0	😊	10	😊
	6	Audit sulla compilazione del materiale documentale (area riabilitativa)	nr 2 di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	Come da relazione del 5.5.2020 conservata agli atti entrambi gli audit sono stati effettuati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
Qualità	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	U.G.R.	10	10	Come da certificazione pervenuta dalla Responsabile dell'UGR conservata agli atti gli obiettivi sono stati raggiunti	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Salute Mentale DSS 13**









**Direttore Dottor Pietro Ciliberti**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>RPD</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		<i>RPCT</i>	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	<i>Farmacia Territoriale</i>	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. SERT

Direttore f.f. Dottor Paolo Drocchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	2	Adeguamento del Protocollo Diagnostico Patenti come definito dalla Deliberazione di A.Li.Sa. n. 321 del 19.12.2018 nei casi di revisione o conferma della idoneità alla guida dopo episodio di guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e/o psicotrope	Implementazione della procedura di Catena di Custodia dei campioni raccolti presso gli Ambulatori Tossicologici del Ser.T. (prelievamento campione per matrice cheratinica) Numerosità casi in cui viene applicato il protocollo	Entro 31 Ottobre 2019 utilizzo della procedura di Catena di Custodia per il 100% dei nuovi soggetti inviati presso gli Ambulatori Tossicologici del Ser.T. per revisione patente-Organizzazione entro 30 Giugno di un Corso di aggiornamento in collaborazione con la S.C. Medicina Legale e la S.C. Patologia Clinica per la condivisione della procedura e verifica della sua applicazione	DSS/PPC	15	5	Come da relazione del direttore di struttura del 6.5.2020, conservata agli atti, nel 2019 è stato effettuato il processo di adeguamento delle procedure al nuovo protocollo diagnostico deliberato da A.Li.Sa inerente revisione o conferma idoneità alla guida ed è stata implementata la procedura della Catena di custodia per matrice cheratinica.E' stata applicata integralmente solo a partire dal 17.2.2020 pur essendo state fatte nle corso del 2019 tutte le attività propedeutiche. Obiettivo non raggiunto.	0		0	
	3	Miglioramento monitoraggio attività del Sert con attivazione di nuovo sistema informativo dipendenze (GEDI) con trasferimento banca dati da precedente sistema (Mfp)	Numero incontri di verifica applicazione nuovo sistema - Numero di casi trasferiti su nuovo sistema e verifica dati	Entro 31 Maggio definitivo trasferimento dei dati sul nuovo sistema - Entro 31 Dicembre almeno 3 riunioni di monitoraggio del sistema (traccia documentale)-Verifica qualità dati del 100% dei pazienti in carico	SIA/PPC	0	5	Come da relazione del Direttore del dipartimento conservata agli atti il nuovo sistema informativo è stato attivato ed utilizzato nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	0		5	
Performance	4	Selezione utenti con infezione da HCV elegibili per trattamento con anti-virali di nuova generazione (DAA), nell'ambito di un progetto "treatment as prevention" (triennio 2018-2020)	Stadiazione dei parametri di infezione e malattia (indici di danno epatico, viremia HCV, genotipo) negli utenti anti-HCV positivi, in collaborazione con la S.S.D. di Alcologia e Patologie Correlate ed i Centri Clinici Ospedalieri (Malattie Infettive Ospedali Galliera ed IRCCS AUO San Martino, Cattedra di Gastroenterologia Università di Genova)	Effettuazione del test anti-HCV nel 75% dei soggetti in carico al Ser.T. Stadiazione nel 75% dei soggetti anti - HCV positivi, con invio di quelli eleggibili a trattamento anti - virale ai centri specialistici ospedalieri	DSS/PPC	10	5	Come da relazione del direttore di struttura del 6.5.2020, conservata agli atti, nel 2019 sono stati selezionati e reclutati in tutti i SerT di Asi3 gli utenti con infezione da HCV; sono stati realizzati la stadiazione dell'infezione e il test anti-HCV. E' stato effettuato il test anti-HCV nel 75% dei soggetti in carico al SerT e la stadiazione nel 75% dei soggetti anti-HCV positivi, con invio al trattamento anti-virale nei centri ospedalieri. L'obiettivo è quindi stato raggiunto.	10		5	
	5	Ridefinizione dei percorsi di cura e continuità nella presa in carico dei giovani affetti da disabilità mentale e patologia psichiatrica	Miglioramento nella continuità della presa in carico al passaggio dalla SSD NPia ai servizi per gli adulti (SSD Disabilità, Salute mentale) dei soggetti minori affetti da disabilità intellettiva e/o psichica	Entro 30 Giugno Attivazione di un tavolo tecnico pluriprofessionale e interservizi (NPia, SSD Disabilità, Salute Mentale, Sert) per la stesura di linee di indirizzo condivise (traccia documentale) - Entro 31 Dicembre condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro	DSS	10	5	Come da relazione del Direttore del dipartimento conservata agli atti sono state elaborate dal tavolo tecnico pluriprofessionale e interservizi (NPia, SSD Disabilità, Salute Mentale, Sert) le linee di inirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni e dei soggetti con Disturbi gravi di personalità (DGP). Entrambi i protocolli sono stati condivisi in tutte le sedi di lavoro. Obiettivo raggiunto.	10		5	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. SERT

Direttore f.f. Dottor Paolo Drocchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	6	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione (assistenti sociali)	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto	DSS	0	5	Come da relazione del 30.4 conservata agli atti è stato effettuato il rapporto e si sono effettuati 3 incontri di presentazione ai 30 operatori Asl. Obiettivo raggiunto.	0	😊	5	😊
	7	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
	8	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di 2 audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	5	Come da relazione del 5.5.2020 conservata agli atti entrambi gli audit sono stati effettuati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Come da mail della Responsabile UGR del 5.5.2020 conservata agli atti tutti gli obiettivi previsti sono stati raggiunti nei tempi indicati. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. SERT

Direttore f.f. Dottor Paolo Drocchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditemento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditemento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
Progetti	1	Anticorruzione e Trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Territoriale	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale . L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>85</b>		<b>95</b>	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Alcolologia e Patologie correlate**  
**Dirigente Responsabile Dott. Gianni Testino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Contributo all'equilibrio economico	1	Incremento produzione	Valore della produzione	Incremento valore produzione	PPC	10	10	Valore della produzione anno 2018 14.704; valore della produzione anno 2019 13.328. Obiettivo non raggiunto	0	☹	0	☹
	2	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	10	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	☺	10	☺
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	☺	5
Performance	1	Selezione utenti con infezione da HCV eleggibili per trattamento con anti-virali di nuova generazione (DAA), nell'ambito di un progetto "treatment as prevention" (triennio 2018-2020)	Stadiazione dei parametri di infezione e malattia (indici di danno epatico, viremia HCV, genotipo) negli utenti anti-HCV positivi, in collaborazione con la S.S.D. di Alcolologia e Patologie Correlate ed i Centri Clinici Ospedalieri (Malattie Infettive Ospedali Galliera ed IRCCS AUO San Martino, Cattedra di Gastroenterologia Università di Genova)	Effettuazione del test anti-HCV nel 75% dei soggetti inviati al Ser.T. Stadiazione nel 75% dei soggetti anti-HCV positivi, con invio di quelli eleggibili a trattamento anti-virale ai centri specialistici ospedalieri	DSS/PPC	10	10	Come da comunicazione del Direttore della SC, conservata agli atti, tutti i pazienti afferenti alla struttura sono stati sottoposti a screening laboratoristico per rilevare un eventuale infezione da HCV.  Tutti i pazienti positivi (100%) sono stati valutati e se eleggibili trattati con la comune terapia antivirale in collaborazione con l'UO Clinica di Malattie Infettive dell'Ospedale Policlinico San Martino (Prof. Antonio Di Biagio)  Tutti i pazienti trattati proseguono follow-up presso la SC con particolare riferimento alla sorveglianza oncologica.	10	☺	10	☺
	2	Tempi attesa per visite gastroenterologiche	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS/DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	15	15	Come da monitoraggio dei tempi di attesa del 1.6.2020, trasmesso via mail e conservato agli atti, l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.	11,25	☹	11,25	☹
	3	Applicazione PDTA 2018 su pz affetto da epatopatia alcol correlata al trapianto	pazienti affetti da epatopatia alcool correlata presi in carico in base al protocollo aziendale	10% dei pazienti presi in carico (correlati o correlabili al trapianto di fegato) in base al protocollo sul totale dei pazienti trattati (in relazione alla gravità e dopo discussione collegiale invio al percorso trapiantologico)	POU	10	10	Come da relazione del direttore del Dipartimento SM conservata gli atti: "Tutti i pazienti (100%) con caratteristiche cliniche correlabili al trapianto vengono gestiti e discussi con l'organizzazione trapiantologica diretta dal Prof. E. Andorno" Obiettivo Raggiunto	10	☺	10	☺
	4	Progressiva integrazione del centro alcolico/associazioni di auto-mutuo-aiuto e medici di medicina generale della Valbisagno e della Valpolcevera	integrazione col centro alcolico e con i gruppi di auto-muto-aiuto attraverso eventi formativi dei MMG della Valpolcevera/Valbisagno	Entro il 30/09/2019 almeno due incontri: uno nella zona Valbisagno e uno nella zona Valpolcevera con i medici di base aderenti all'auto-mutuo-aiuto	DSS/PPC	15	10	Come da relazione del direttore del Dipartimento SM conservata gli atti: " Entro il 30/09/2019 sono stati effettuati due incontri con 1 medici di base aderenti all'auto-mutuo-aiuto  a)Medici Valbisagno – 17 Gennaio 2019 - Incontro organizzato con l'Associazione A.Me.Va.Bi (associazione medici Valbisagno – Referente dr. Antonio Farese)  b)Medici Valpolcevera – 6 Febbraio 2019 – Incontro organizzato con Studio Medico il Borgo e AFT10 ( Referente dr. Luca Pestarino) Obiettivo raggiunto	15	☺	10	☺

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Alcologia e Patologie correlate**  
**Dirigente Responsabile Dott. Gianni Testino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	5	Attività di promozione nelle scuole nell'anno scolastico 2018-2019 (Progetto Educazione Corretti Stili di Vita inserito nell'offerta formativa ALISA) - Coinvolgimento di circa 2500 studenti	Elaborazione report da condividere con gli Istituti Scolastici	Studenti coinvolti 2500 circa- Report di sintesi entro 31/07/2019 -	POU	10	10	Come da relazione del direttore del Dipartimento SM conservata gli atti sono stati coinvolti n.3.020 ragazzi. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
Progetti	1	Privacy	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione e Trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>86,25</b>		<b>86,25</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare**  
**Dottorssa Barbara Masini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Offerta di corso sui corretti stili di vita e corretto approccio nutrizionale ai genitori di minori affetti da Binge Eating Disorder (BED)	Presenza del protocollo ed evidenza dell'effettuazione dei moduli formativi	Entro 31/03/19 stesura progetto (metodologia, organizzazione) Da Marzo 2019 - Entro 31/12 attivazione di almeno un modulo (8 incontri) di interventi di educazione alimentare e corretto stile di vita per i genitori di figli affetti da BED ed in carico alla SSD DCA	DSS/PPC	25	10	Come da relazione del Direttore del Dipartimento conservata agli atti nel 2019 sono stati effettuati gli incontri formativi che hanno coinvolto 20 adolescenti affetti da Binge Eating Disorder (BED). Obiettivo raggiunto.	25	😊	10	😊
	2	Miglioramento dell'accessibilità ai servizi specialistici per i pazienti affetti da DCA e residenti nel ponente	N° accessi e prime visite di pazienti affetti da DCA residenti nel ponente (Distretti 8-9-10)	Entro 30/03/19 stesura progetto di organizzazione ambulatori (traccia documentale) Entro Maggio Attivazione presso Martinez	DSS/PPC	25	15	Come da relazione del Direttore del Dipartimento conservata agli atti nel 2019 nel nuovo punto accesso c/o Martinez sono state effettuate 25 prime visite di valutazione e circa 150 controlli per pazienti residenti nei Distretti 8 e 9 di ASL 3 Genova	25	😊	15	😊
	3	Attivazione del gruppo/laboratorio di arte-terapia per adolescenti anoressiche e bulimiche. Allestimento di spettacolo teatrale e mostra con creazioni artistiche delle ragazze. Partecipazione a mercatini artigianali in collaborazione con l'associazione dei genitori (A.f.co.da)	n°pazienti coinvolti, numero di incontri nel corso dell'anno, allestimenti mercatini, rappresentazioni teatrali e mostre.	entro il 30/6 attivazione del gruppo di arte/terapia espressiva (gruppo aperto) con cadenza settimanale e durata di 2 ore. Entro il 31/12 organizzazione di almeno un mercatino artigianale e di una rappresentazione teatrale e/o mostra insieme ad A.f.co.da. (Associazione familiari DCA)	DSS	10	10	conservata agli atti nel 2019 a partire dal 1/6/2019 è stato attivato un gruppo aperto di un'ora e mezza tutti i giorni in cui le pazienti in carico al Centro e presenti per l'effettuazione di pasti assistiti, hanno partecipato ad un laboratorio riabilitativo (scrittura, fotografia, creazione di oggetti, disegni). La produzione del laboratorio è stata esposta a Dicembre nel mercatino di San Nicola. E' in preparazione uno spettacolo teatrale progettato dalle partecipanti al laboratorio. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
Performance	4	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale sanitario e non sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	15	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	15	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊








**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare**  
**Dottorssa Barbara Masini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Anticorruzione e Trasparenza	Vedi scheda allegata		<i>RPCT</i>	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo non raggiunto	0	😞	0	😞
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	<i>Farmacia Territoriale</i>	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>90</b>		<b>90</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale**

**Dirigente Responsabile Dottoressa Cristina Cenderello**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Contributo all'equilibrio economico	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	Ccd	5	0	Come da nota ID n.74833980 del Direttore di Struttura conservata agli atti la rendicontazione relativa all'attività svolta ha registrato un incremento, dovuto all'acquisizione delle attività amministrative di supporto alla Neuropsichiatria Infantile. Obiettivo raggiunto.	5		0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	15	25	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	15		25	
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	10	5	Come da comunicazione del Direttore di Dipartimento di SM conservata agli atti la struttura si è allineata alle direttive di A.li.Sa relative al trasferimento delle competenze in materia di Neuropsichiatria Infantile. Obiettivo raggiunto.	10		5
Performance	1	Strutture private accreditate Controllo e caricamento della produzione su file di monitoraggio. Controllo e liquidazione delle fatture e caricamento del fatturato su file di monitoraggio.	Produzione: entro 10 giorni dal ricevimento del report Fatturato: entro 10 giorni dal ricevimento delle fatture	dal 01/03/2019	Direttore DSMDP	15	25	Come da nota ID n.74833980 del Direttore di Struttura conservata agli atti la procedura di controllo della produzione e di liquidazione delle fatture delle strutture private accreditate è correttamente applicato. Obiettivo raggiunto.	15		25	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale**

**Dirigente Responsabile Dottoressa Cristina Cenderello**















tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	2	Ridefinizione delle competenze e delle dotazioni di personale per l'attivazione della neuropsichiatria infantile di concerto con Direzione Socio Sanitaria e Consultorio familiare	Proposte di ridefinizione competenze dotazioni organiche	Trasferimento competenze entro aprile 2019	DSS/DSM	15	0	Come da nota ID n.74833980 del Direttore di Struttura conservata agli atti sono state ridefinite le competenze amministrative propedeutiche all'attivazione della neuropsichiatria infantile. Obiettivo raggiunto.	15	☺	0	☺
	3	Rispetto della tempistica nel controllo delle strutture finalizzata alla fatturazione entro 30 gg dal ricevimento delle fatture	Tempistica da concordare con Bilancio	rispetto tempistica concordata con Bilancio	Bilancio /PPC	20	25	Come da comunicazione del Bilancio del 22.5 i tempi di pagamento sono stati rispettati. Obiettivo raggiunto.	20	☺	25	☺
progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺
	2	anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti RPCT. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺
						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	













**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.S.D. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza

Il Dirigente Responsabile Dottor Alberto Matricardi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Come da comunicazione del Direttore di Dipartimento di SM conservata agli atti la struttura si è allineata alle direttive di A.li.Sa relative al trasferimento delle competenze in materia di Neuropsichiatria Infantile. Obiettivo raggiunto.	5		5	
Performance	1	Ridefinizione dei percorsi di cura e continuità nella presa in carico dei giovani affetti da disabilità mentale e patologia psichiatrica	Miglioramento nella continuità della presa in carico al passaggio dalla SSD NPIA ai servizi per gli adulti (SSD Disabilità, Salute mentale) dei soggetti minori affetti da disabilità intellettiva e/o psichica	Entro 30 Giugno Attivazione di un tavolo tecnico pluriprofessionale e interservizi (NPIA, SSD Diabilità, Salute Mentale, Sert) per la stesura di linee di indirizzo condivise (traccia documentale) - Entro 31 Dicembre condivisione delle linee di indirizzo in tutte le sedi di lavoro	DSS/PPC	10	5	Come da comunicazione del Direttore di Dipartimento di SM conservata agli atti è stato attivato un tavolo tecnico composto da operatori di diversa professionalità e di diversi servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) che ha elaborato linee di indirizzo per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichiatrici ed una età compresa tra 14-25 anni, garantendo la continuità delle cure. Tale documento di indirizzo è stato approvato dal Direttivo del Dipartimento e condiviso in tutte le sedi di servizio del Dipartimento. Al fine di monitorare in maniera più puntuale l'attività delle equipe dedicate è stato predisposto un set di indicatori specifici. Obiettivo raggiunto.	10		5	
	2	Definizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed educativo per i disturbi dello spettro autistico finalizzato alla diagnosi precoce, interventi in età pre adolescenziale e adolescenziale	stesura del PDTA	entro il 30/6 definizione del PDTA e dal 1/10 applicazione del PDTA	DSS/PPC	20	10	Come da mail del 8.5.2020 del Direttore della struttura, conservata agli atti, il PDTA Autismo è stato definito entro il 30.6 2019 ed ha avuto applicazione il giorno 1.10.2019. Obiettivo raggiunto.	20		10	
	3	Individuazione di percorsi per la gestione delle crisi comportamentali in fase acuta e post acuta	definizione percorsi	entro il 30/09 definizione percorsi con Rianimazione, Medicina d'urgenza e SPDC	DSS/DS/PPC	20	10	Come da mail del 8.5.2020 del Direttore della struttura, conservata agli atti, sono stati condivisi 2 documenti: uno con il Gaslini riguardo i minori sotto i 14 anni, l'altro, in accordo con tutto il DSM di ASL3, per i minori tra i 14 e i 18 anni. Obiettivo raggiunto.	20		10	
	4	Acquisire informazioni strutturate su caratteristiche e bisogni dell'utenza straniera utili ad impostare servizi che meglio rispondano ai bisogni socio-sanitari di questa fascia di popolazione (assistenti sociali)	Elaborazione, in collaborazione con utenti, mediatori culturali, associazioni del territorio, ecc. di un rapporto e presentazione agli operatori ASL	Entro 31/12/2019 Elaborazione rapporto	DSS	0	15	Come da relazione del 30.4 conservata agli atti è stato effettuato il rapporto e si sono effettuati 3 incontri di presentazione ai 30 operatori Asl. Obiettivo raggiunto.	0		15	
	5	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	POU/ Prof San	0	10	Come da relazione del 5.5.2020 conservata agli atti entrambi gli audit sono stati effettuati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza**  
**Il Dirigente Responsabile Dottor Alberto Matricardi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	6	Ridefinizione delle competenze e delle dotazioni di personale per l'attivazione della neuropsichiatria infantile di concerto con Direzione Socio Sanitaria e Consultorio familiare	Proposte di ridefinizione competenze dotazioni organiche	Trasferimento competenze entro aprile 2019	DSS/DSM	10	0	Si riporta stralcio della relazione del Direttore del Dipartimento di SM, conservata agli atti: "In data 1 dicembre 2018 è stata assegnata la Responsabilità della SSD NPIA, ma per molta parte dell'anno 2019 il personale che avrebbe dovuto essere assegnato alla SSD NPIA sulla base del progetto di riorganizzazione concordato con il Responsabile della SSD Attività Consultoriali in assenza di alcuni passaggi formali è di fatto rimasto attribuito alla SSD Consultorio Familiare, per cui risulta difficile relazionare in termini esatti l'attività complessiva della struttura per il 2019. In data 20/6/2019 con nota del Direttore Socio Sanitario sono stati assegnati alla SSD NPIA tutti i Dirigenti NPIA, tutti i Logopedisti, tutti i Fisioterapisti/Psicomotricisti e 6 amministrativi della ex SCAC. In data 12/11/2019 con nota della Direzione Socio Sanitaria a seguito di bando di mobilità venivano assegnati alla SSD NPIA 9 psicologi della ex SCAC." Obiettivo Raggiunto	10		0	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Anticorruzione	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10		10	
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Analisi di fattibilità del progetto: stima del fabbisogno tecnologico, area di applicazione, costi stimati)	Entro il 31/07/2019 presentazione analisi in collaborazione S.C. Farmacia, Direzione Sanitaria, SIA e Professioni Sanitarie. Avvio, in forma sperimentale, del progetto nelle sale operatorie dal 01/09/2019	Farmacia Territoriale	0	10	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 15.04.2020 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta nella sperimentazione, che peraltro non ha avuto avvio nel 2019 a causa di ritardi nella programmazione regionale. L'obiettivo si intende raggiunto in quanto non è stato possibile dare l'avvio alle analisi previste.	0		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Assistenza Geriatrica Territoriale**  
**Dottoressa E. Terrile**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
Performance	1	Valutazione entro 30 gg soggetti disabili che diventano anziani, per trasferimento in Strutture per anziani	100% segnalati	100% segnalati	DSS	20	20	nota prot 30653 del 28/02/2020 valutazione di n. 10 disabili > 64 ann (anziani) valutati dai geriatri territorialmente competenti entro 30gg. Solo un soggetto del DSS 8 è stato valutato oltre termine per la difficoltà di assicurare la presenza delle due componenti necessarie (anziani e disabili) obiettivo parzialmente raggiunto	15		15	
	2	Controlli a campione sulle strutture	Effettuazione controlli	Al 30 novembre 2019 10% strutture controllate	DSS	15	15	nota prot 30653 del 28/02/2020 n 118 ispezioni complessive 100% controllo contabile > 10% vigilanze su strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate e non con ASL 3 obiettivo raggiunto	15		15	
	3	Corso per ciascun DSS sul percorso demenze	Effettuazione corsi con referenti AFT per informativa sull'attivazione ed il funzionamento dei CDCD	Entro 30 novembre evidenza effettuazione nr 6 corsi	DSS	20	20	nota prot 30653 del 28/02/2020 corsi svolti nelle seguenti date: 16/10/19 DSS 9 17/10/19 DSS 8 19/11/19 DSS 11 21/11/19 DSS 12 27/11/19 DSS 10 nessun corso DSS 13 per indisponibilità del Direttore del Distretto obiettivo raggiunto	20		20	
	4	Dimissioni protette ospedaliere	Revisione ed aggiornamento della procedura di eleggibilità alla dimissione protetta verso residenzialità riabilitativa o definitiva	Entro il 31/7 adozione procedura e condivisione con tutti i presidi coinvolti	DSS	15	15	nota prot 30653 del 28/02/2020 revisione e aggiornamento della procedura di eleggibilità alla dimissione protetta e alla condivisione della stessa con tutte le UVO/UVG presenti sul territorio di ASL 3 (AOU San Martino, E.O Ospedali Galliera, Ospedale Villa Scassi, OEI obiettivo raggiunto	15		15	









**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Assistenza Geriatrica Territoriale**  
**Dottorssa E. Terrile**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy	Vedi scheda allegata			10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata			10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>95</b>		<b>95</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Assistenza Disabili**

















**Struttura non assegnata (temporaneamente a Dottor Sampietro Lorenzo)**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
<i>Flussi e Indirizzi Regionali</i>	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	<i>SIA/PPC</i>	30	30	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	30		30	
<i>Performance</i>	1	predisposizione reportistica trimestrale attività	evidenza reportistica	dal 30/06 reportistica trimestrale attività	<i>PPC</i>	30	30	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	30		30	
<i>Progetti</i>	1	Privacy		vedi scheda allegata	<i>RPD</i>	20	20	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	20		20	
	2	Trasparenza e Anticorruzione		vedi scheda allegata	<i>RPCT</i>	20	20	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	20		20	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. CURE PALLIATIVE**









**Dottor Flavio Fusco**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Estendere l'offerta di cure palliative domiciliari al Distretto Socio Sanitario 11	N prese in carico DSS 11	Numero di accessi del personale numero di pazienti seguiti nel 2019 (> 10% vs 2018 ) nel DSS11	Direzione Socio Sanitaria	10	10	mail del 14/2/2020 incremento del 30% pz DSS11 (da 47 del 2018 a 62 del 2020)	10		10	
	2	Estensione offerta ambulatoriale di cure palliative sul Distretto Socio Sanitario 12	numero malati seguiti dagli ambulatori di CP	Numero pazienti e accessi ambulatoriali DSS12 ( > 5% previsto )	Direzione Socio Sanitaria			attivazione ambulatorio anche su DSS 12 obiettivo raggiunto				
	3	Garantire Formazione multidisciplinare e integrazione dei servizi di CP ( art 2 accordo stato regioni 25/7/2012). Sviluppare sistema delle Reti	Istituzione di corsi specifici di formazione di III livello integrato ASL3-no profit e rete di CP metropolitana operante nella Rete Locale di Cure Palliative	Attivazione di corsi avanzati di III livello ( specialistico di CP ) sulla comunicazione / counselling per personale afferente alla Rete entro ottobre 2019	Direzione Socio Sanitaria	10	10	mail del 14/2/2020 attivati corsi di III livello integrato col no profit e rete di CP metropolitana entro ottobre 2019 obiettivo raggiunto	10		10	
	4	Istituire strumento NECPAL	Verifica della compilazione	Verifica della compilazione numero di NECPAL compilati da oncologie ASL3 afferenti alla RETE metropolitana	Direzione Socio Sanitaria	5	5	mail del 14/2/2020 attivati percorsi condivisi con oncologie mediante lo strumento NECPAL (21 percorsi attivati) obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	5	Monitoraggio dei sintomi nell'ultima settimana di vita	Modulo chiusura assistenza item su sintomi presenti/trattati	Almeno 75 % dei pazienti con assenza di sintomi disturbanti alla chiusura dell'assistenza	Direzione Socio Sanitaria	10	10	mail del 14/2/2020 adottata scheda chiusura assistenza su 115 schede il 90% dei pz aveva sintomi completamente controllati obiettivo raggiunto	10		10	
	6	Implementazione di un PAI ( progetto assistenza individuale) alla luce degli indirizzi di cui a Deliberazione ALISA n.29 del 30/01/2019 e delle indicazioni regionali	implementazione PAI	Implementazione PAI secondo indicazioni regionali	Direzione Socio Sanitaria	15	15	stesura di un PAI condiviso obiettivo raggiunto	15		15	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. CURE PALLIATIVE**

**Dottor Flavio Fusco**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	mail del 14/2/2020 audit realizzato secondo la tempistica 20/5 - 23/9 - 28/10 obiettivo raggiunto	10		10	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Implementazione del SGQ secondo Norma ISO 9001:2015. Audit parte Prima entro ottobre 2019	SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria	10	10	mail del 14/2/2020 il personale ha partecipato agli incontri e fornito in materiale richiesto obiettivo raggiunto	10		10	
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015									
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Tutela Salute Ambito Penitenziario**  
**Dottor M. Cechini**









tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	1	Monitoraggio della procedura aziendale della scheda di terapia unica (STU) all'interno della C.C. Marassi nelle sezioni (3°,4°,5°) per un corretto processo di gestione della prescrizione alla somministrazione del farmaco	Applicazione scheda terapia unica	Aderenza 80% alla procedura prevista	DSS	10	10	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Implementare il dossier sanitario delle cartelle cliniche presso il carcere di Pontedecimo	Stesura dossier	entro il 31/10 evidenza del dato	DSS	15	10	mail del 1/6/2020 il dossier sanitario è stato avviato, sono in corso di perfezionamento le procedure informatizzate a cura del SIA e Liguria Digitale obiettivo parzialmente raggiunto	11,25	😐	7,5	😐
	2	Implementazione del dossier sanitario aziendale per i detenuti della C.C. Marassi (3° sez.,S.A.I., 5° sez)										
3	Creare un percorso di cure integrato che riesca ad assicurare una tempestiva ed efficace refertazione ECG . Telemedicina per refertazione a distanza sia per Pontedecimo che per la C.C. Marassi (compatibilmente con autorizzazioni da parte Amministrazione Penitenziaria)	Creazione del percorso	Verifica creazione percorso entro il 30/06	DSS	20	20	mail del 1/6/2020 predisposto un sistema di telemedicina e refertazione a distanza presso CC Marassi e Pontex (in attesa di completamento introduzione della rete da parte delle Direzioni ASL e Amm.ne Carceraria) obiettivo parzialmente raggiunto	15	😐	15	😐	
Performance	4	"Promozione della salute nei Penitenziari" un piano di interventi di informazione sanitaria indirizzata ad una maggiore conoscenza dei fattori di rischio derivati dallo stile di vita (abitudini alimentari, fumo, attività fisica) dei detenuti di diversi paesi, etnie e religioni (che percorribilità vedi?)	Creazione opuscolo multilingua	Evidenza opuscolo informatizzato multilingua entro 30 ottobre 2019	URP/SC Igiene e Sanità Pubblica	20	20	mail del 1/6/2020 elaborato opuscolo multilingua ad oggetto "promozione della salute nei penitenziari" inviato alla Direzione Socio sanitaria per supervisione obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
	5	Informatizzazione delle sezioni 1°, 2°, 6°, per l'autonomia dell'approvvigionamento dei farmaci, subautorizzazioni per il flusso dei dati, per materiale economale	Attivazione informatizzazione	Verifica attivazione informatizzazione entro 30/09	SIA/PPC	10	10	mail del 1/6/2020 le sezioni indicate sono state informatizzate soltanto per quanto attiene l'approvvigionamento farmaci, (in attesa di completamento della rete da parte della direzione del carcere). Obiettivo parzialmente raggiunto.	7,5	😐	7,5	😐



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Tutela Salute Ambito Penitenziario**  
**Dottor M. Cechini**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	Entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
Progetti	1	Privacy	Vedi Scheda allegata			10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi Scheda allegata			10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo parzialmente raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>88,75</b>		<b>90</b>	









**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Centro residenziale e semiresidenziale per disabili**  
**Responsabile Dottorssa Rossi Valentina**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	30	30	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	30		30	
Performance	1	predisposizione reportistica trimestrale attività	evidenza reportistica	dal 30/06 reportistica trimestrale attività	PPC	30	30	mail del 12/5/2020 Regolarmente inviata la reportistica trimestrale attività nei tempi previsti: - flussi regionali RIA11 2019 entro il 20/1/2020 come da mail del Direttore SSD all'Ufficio Flussi ASL3 del 14/01/2020 agli atti presso la sede - flussi ISTAT 2018 entro il 31/12/2019 come da ricevuta questionario ISTAT n. 4829_1 del 5/12/2019 agli atti presso la sede obiettivo raggiunto	30		30	
Progetti	1	Privacy		vedi scheda allegata	RPD	20	20	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	20		20	
	2	Trasparenza e Anticorruzione		vedi scheda allegata	RPCT	20	20	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	20		20	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.S.D. Inclusione e riabilitazione sociale

Responsabile Dottoressa Enrica Francesca Miccoli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	30	30	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	30		30	
Performance	1	predisposizione reportistica trimestrale attività	evidenza reportistica	dal 30/06 reportistica trimestrale attività	PPC	30	30	mail del 8/05/2020 mail del 12/5/2020 il debito informativo è il seguente: rendicontazione UCIL, semestrale elenchi mensili ATS report mensile progetto INTEGRA elenchi mensili UVM reportistica annuale su interventi nelle scuole report annuale a R.L Ufficio inclusione invio elenchi aziende attive e conosciute L. 68/99 in cui sono state effettuate istruttorie obiettivo raggiunto	30		30	
Progetti	1	Privacy		vedi scheda allegata	RPD	20	20	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	20		20	
	2	Trasparenza e Anticorruzione		vedi scheda allegata	RPCT	20	20	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	20		20	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 8 Ponente**













**Direttore Dottore Filippo Parodi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	10	5	nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Il settore a visita presenta alcune criticità (su 14 tipologie di visite solo 5 presentano tempi in linea con il PNGLA) obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	3,75	😐
	2	Almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermatrice nel questionario SUNFRAIL	N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande	70% visite a domicilio rispetto over 75 con questionario SUNFRAIL su tutti gli Item	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 n. schede SUNFRAIL compilate 4201 n. pz selezionati (anche se non rispondenti in toto a SUNFRAIL) 55 nessun pz eleggibile 2019 (con tutti gli items) contattati MMG dei 55 pz fragili secondo protocollo obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Implementazione servizi all'utenza	Entro 30 novembre 2019	DSS	5	5	nota 74778339 del 11/5/2020 i totem sono stati attivati entro la data prevista con le seguenti funzionalità: ritiro referti pagamento ticket da dicembre cambio medico Il Distretto ha partecipato attivamente alla realizzazione del progetto obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	4	Area Cure Domiciliari: rendicontazione dell'attività del servizio di cure domiciliari a seguito delle nuove indicazioni fornite da ALISA	Miglioramento della qualità dei flussi di attività, rendicontati verso Regione e Ministero	Rivalutazione almeno del 90% dei pazienti con modifica del numero degli accessi (cut off 4 accessi)	DSS	5	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 pz rivalutati n. 28 pz con minimo di 4 accessi n. 28 obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	5	CUP di 1 e 2 livello - Incremento prestazioni prenotabili attraverso CUP	Nr prestazioni erogate prenotate tramite CUP/Nr prestazioni erogate	Target prestazioni erogate prenotate attraverso CUP >= 70%	tutti i DSS SSD Assistenza sanitaria di base specialistica metropolitana e farmaceutica	10	0	nota 74778339 dell'11/5/2020 100%prestazioni prenotabili tramite CUP obiettivo raggiunto	10	😊	0	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 8 Ponente**

**Direttore Dottore Filippo Parodi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	6	In collaborazione con Laboratorio Analisi, implementazione di un nuovo applicativo per la gestione informatizzata dell'INR capillare	% dei dati trasferiti in modalità informatizzata sul totale INR capillare eseguiti	60% entro dicembre 2019	SIA/DSS/Lab Analisi	5	5	mail del 4/5/2020 Laboratorio analisi: percentuale del 98% obiettivo raggiunto	5		5	
	7	Attivazione progetto PUA : Formazione	Nr addetti formati alla funzione e operativi/Nr addetti SUD totali Piano formativo x restanti DSS Nr addetti formati/Nr addetti SUD	Al 30/9 formazione completata	DSS	5	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 corsi tenuti in data 8 e 10 ott.2019 n. 5 operatori SUD formati (tutti) l'obt si considera raggiunto in quanto è stato realizzato nelle prime date utili indicate dalla SC Formazione	5		5	
	8	Cure Domiciliari / Riduzione tempi attesa PIC	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	DSS	10	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 n. segnalazioni 112 n. pz entro 48 ore 71 n. pz <5 gg n. 29 obiettivo raggiunto	10		5	
Performance	9	Contratti SUMAI di sostituzione	Report mensile per contratti di sostituzione con indicazione medico-branca-ore impegno-durata contratto-ore complessive mese	Al 31/7 evidenza reportistica con decorrenza 1/1/2019	tutti i DSS / SSD Gestione rete medico convezionati aziendale / SC Gestione e sviluppo delle risorse umane	5	5	mail dell'8/8/2019 (report gen_lug_2019) mail del 10/12/2019 (report sett_ott_2019) mail del 24/1/2020 (report nov_dic_2019)	5		5	
	10	Ambulatorio infermieristico: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema "documentazione infermieristica"	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list riguardanti la documentazione infermieristica	Entro aprile 2019: elaborazione checklist Conduzione di un audit a semestre ( giugno- dicembre) con verifica di una scheda ambulatoriale per sede Riduzione del 50% delle non conformità rilevate tra primo e secondo audit	Prof San	0	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 tutte le sedi: anomalie 1 sem. 2019 n. 125 tutte le sedi : anomalie 2 sem. 2019 n. 11,5 diminuzione non conformità del 91% obiettivo raggiunto	0		5	
	11	Area Cure Domiciliari: revisione dei documenti che costituiscono la cartella multidisciplinare a seguito delle azioni di miglioramento definite nel corso degli audit clinici condotti nell'anno 2018	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list (audit 2018) con verifica a novembre 2019	Evidenza dei documenti revisionati (elenco dei documenti con indice di revisione) novembre 2019	Prof San	0	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 revisionate n. 11 procedure diminuzione di oltre il 50% delle non conformità obiettivo raggiunto	0		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 8 Ponente**

**Direttore Dottore Filippo Parodi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Perf	12	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	😊
Performance	13	Audit sulla compilazione del materiale documentale (area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31-12-2019 nr 2 audit per setting	Prof San	0	5	mail del 5/5/2020 audit condotti correttamente dall'area riabilitativa e hanno coinvolto Cure domiciliari e RSA obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Distretto Sociosanitario 8 Ponente


Direttore Dottore Filippo Parodi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	5	5	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	5	5	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>98,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 9 Medio Ponente**

**Direttore Dottoressa Loredana Minetti**


tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	10	5	nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Il settore a visita presenta alcune criticità (su 14 tipologie di visite solo 5 presentano tempi in linea con il PNGLA) obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		3,75	
	2	Almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermative nel questionario SUNFRAIL	N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande	70% visite a domicilio rispetto over 75 con questionario SUNFRAIL su tutti gli Item	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	5	nota 31653 del 2/3/2020 nessun pz eleggibile 2019 (con tutti gli items) obt su pz co 7/8 positività n. 74 pz trattati secondo protocollo	5		5	
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Implementazione servizi all'utenza	Entro 30 novembre 2019	DSS	5	5	nota 31653 del 2/3/2020 i totem sono stati attivati entro la data prevista con le seguenti funzionalità: ritiro referti pagamento ticket da dicembre cambio medico Il Distretto ha partecipato attivamente alla realizzazione del progetto	5		5	
	4	Area Cure Domiciliari: rendicontazione dell'attività del servizio di cure domiciliari a seguito delle nuove indicazioni fornite da ALISA	Miglioramento della qualità dei flussi di attività, rendicontati verso Regione e Ministero	Rivalutazione almeno del 90% dei pazienti con modifica del numero degli accessi (cut off 4 accessi)	DSS	5	5	nota 31653 del 2/3/2020 pz rivalutati n. 104 pz con minimo di 4 accessi n. 104	5		5	
Performance	5	CUP di 1 e 2 livello - Incremento prestazioni prenotabili attraverso CUP	Nr prestazioni erogate prenotate tramite CUP/Nr prestazioni erogate	Target prestazioni erogate prenotate attraverso CUP >= 70%	tutti i DSS SSD Assistenza sanitaria di base specialistica metropolitana e farmaceutica	10	0	nota 31653 del 2/3/2020 100%prestazioni prenotabili tramite CUP(escluso accesso diretto al servizio odontoiatrico fine settimana e festivi)	10		0	
	6	In collaborazione con Laboratorio Analisi, implementazione di un nuovo applicativo per la gestione informatizzata dell'INR capillare	% dei dati trasferiti in modalità informatizzata sul totale INR capillare eseguiti	60% entro dicembre 2019	SIA/DSS/Lab Analisi	5	5	nota 31653 del 2/3/2020 100% pz. trasferiti nel programma	5		5	
	7	Attivazione progetto PUA : Formazione	Nr addetti formati alla funzione e operativi/Nr addetti SUD totali Piano formativo x restanti DSS Nr addetti formati/Nr addetti SUD	Al 30/9 formazione completata	DSS	5	5	nota 31653 del 2/3/2020 corsi tenuti in data 8 e 10 ott.2019 partecipazione del personale interessato l'obt si considera raggiunto in quanto è stato realizzato nelle prime date utili indicate dalla SC Formazione	5		5	







**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 9 Medio Ponente**

**Direttore Dottoressa Loredana Minetti**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	8	Cure Domiciliari / Riduzione tempi attesa PIC	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	DSS	10	5	nota 31653 del 2/3/2020 n. segnalazioni 172 n. pz entro 48 ore 163 n. pz <6 gg n. 5	10		5	
Performance	9	Contratti SUMAI di sostituzione	Report mensile per contratti di sostituzione con indicazione medico-branca-ore impegno-durata contratto-ore complessive mese	Al 31/7 evidenza reportistica con decorrenza 1/1/2019	tutti i DSS / SSD Gestione rete medico convezionati aziendale / SC Gestione e sviluppo delle risorse umane	5	5	nota 31653 del 2/3/2020 inviata reportistica mensile su sostituzioni	5		5	
	10	Ambulatorio infermieristico: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema "documentazione infermieristica"	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list riguardanti la documentazione infermieristica	Entro aprile 2019: elaborazione checklist Conduzione di un audit a semestre ( giugno-dicembre) con verifica di una scheda ambulatoriale per sede Riduzione del 50% delle non conformità rilevate tra primo e secondo audit	Prof San	0	5	nota 31653 del 2/3/2020 Fiumara: anomalie 1 sem. 2019 n. 49 Fiumara: anomalie 2 sem. 2019 n. 7 Soliman: anomalie 1 sem. 2019 n. 25 Soliman: anomalie 2 sem. 2019 n.9 diminue non conformità pari al 74%	0		5	
	11	Area Cure Domiciliari: revisione dei documenti che costituiscono la cartella multidisciplinare a seguito delle azioni di miglioramento definite nel corso degli audit clinici condotti nell'anno 2018	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list (audit 2018) con verifica a novembre 2019	Evidenza dei documenti revisionati (elenco dei documentazione con indice di revisione) novembre 2019	Prof San	0	5	nota 31653 del 2/3/2020 revisionate n. 11 procedure diminuzione di oltre il 50% delle non conformità	0		5	
	12	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione del DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	
Performance	13	Audit sulla compilazione del materiale documentale (area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	Prof San	0	5	nota 31653 del 2/3/2020 n 5 audit 11/04 - 16/05 - 12/09 - 14/11 - 12/12	0		5	
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10		10	
QUALITÀ	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019	SC Governo Clinico e Organizzazione	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non	10		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Distretto Sociosanitario 9 Medio Ponente**  
**Direttore Dottoressa Loredana Minetti**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	5	5	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	5	5	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	5		5	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>98,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 10 Valpolcevera e Valle Scrivia**













**Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	10	5	nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Il settore a visita presenta alcune criticità (su 14 tipologie di visite solo 5 presentano tempi in linea con il PNGLA) obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😊	3,75	😊
	2	Almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermative nel questionario SUNFRAIL	N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande	70% visite a domicilio rispetto over 75 con questionario SUNFRAIL su tutti gli Item	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	5	nota 23681 del 14/02/2020 19 pz eleggibili 16 accessi - 3 hanno rifiutato perc pari all'84% obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Implementazione servizi all'utenza	Entro 30 novembre 2019	DSS	5	5	nota 23681 del 14/02/2020 i totem sono stati attivati entro la data prevista con le seguenti funzionalità: ritiro referti pagamento ticket da dicembre cambio medico Il Distretto ha partecipato attivamente alla realizzazione del progetto obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	4	Area Cure Domiciliari: rendicontazione dell'attività del servizio di cure domiciliari a seguito delle nuove indicazioni fornite da ALISA	Miglioramento della qualità dei flussi di attività, rendicontati verso Regione e Ministero	Rivalutazione almeno del 90% dei pazienti con modifica del numero degli accessi (cut off 4 accessi)	DSS	5	5	nota 23681 del 14/02/2020 rivalutazione 100% dei pz incremento a 4 del numero minimo di accessi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	5	CUP di 1 e 2 livello - Incremento prestazioni prenotabili attraverso CUP	Nr prestazioni erogate prenotate tramite CUP/Nr prestazioni erogate	Target prestazioni erogate prenotate attraverso CUP >= 70%	tutti i DSS SSD Assistenza sanitaria di base specialistic a metropolitana e farmaceuti	10	0	nota 23681 del 14/02/2020 100%prestazioni prenotabili tramite CUP	10	😊	0	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 10 Valpolcevera e Valle Scrivia**

**Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	6	In collaborazione con Laboratorio Analisi, implementazione di un nuovo applicativo per la gestione informatizzata dell'INR capillare	% dei dati trasferiti in modalità informatizzata sul totale INR capillare eseguiti	60% entro dicembre 2019	SIA/DSS/Lab Analisi	5	5	mail del 4/5/2020 laboratorio analisi: percentuale del 98% dei dati è informatizzata obiettivo raggiunto	5		5	
	7	Attivazione progetto PUA : Formazione	Nr addetti formati alla funzione e operativi/Nr addetti SUD totali Piano formativo x restanti DSS Nr addetti formati/Nr addetti SUD	Al 30/9 formazione completata	DSS	5	5	nota 23681 del 14/02/2020 corsi tenuti in data 8 e 10 ott.2019 partecipazione 5 addetti SUD e " addetti alle segreterie l'obt si considera raggiunto in quanto è stato realizzato nelle prime date utili indicate dalla SC Formazione Obiettivo raggiunto	5		5	
	8	Cure Domiciliari / Riduzione tempi attesa PIC	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	DSS	10	5	nota 23681 del 14/02/2020 PIC infermieristica 48 h dalla dimissione PIC fisioterapia entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione Obiettivo raggiunto	10		5	
Performance	9	Contratti SUMAI di sostituzione	Report mensile per contratti di sostituzione con indicazione medico-branca-ore impegno-durata contratto-ore complessive mese	Al 31/7 evidenza reportistica con decorrenza 1/1/2019	tutti i DSS / SSD Gestione rete medico convezionati aziendale / SC Gestione e sviluppo delle risorse umane	5	5	nota 23681 del 14/02/2020 inviata reportistica mensile su sostituzioni	5		5	
	10	Ambulatorio infermieristico: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema "documentazione infermieristica"	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list riguardanti la documentazione infermieristica	Entro aprile 2019: elaborazione checklist Conduzione di un audit a semestre ( giugno-dicembre) con verifica di una scheda ambulatoriale per sede Riduzione del 50% delle non conformità rilevate tra primo e secondo audit	Prof San	0	5	nota 23681 del 14/02/2020 elaborazione ad aprile della check list audit giugno n. 82 non conformità audit dicembre n. 2 non conformità riduzione delle non conformità pari al 90% Obiettivo raggiunto	0		5	
	11	Area Cure Domiciliari: revisione dei documenti che costituiscono la cartella multidisciplinare a seguito delle azioni di miglioramento definite nel corso degli audit clinici condotti nell'anno 2018	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list (audit 2018) con verifica a novembre 2019	Evidenza dei documenti revisionati (elenco dei documentazione con indice di revisione) novembre 2019	Prof San	0	5	nota 23681 del 14/02/2020 revisionate n. 11 procedure diminuzione di oltre il 50% delle non conformità obiettivo raggiunto	0		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Distretto Sociosanitario 10 Valpolcevera e Valle Scrivia





Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	12	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavano e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavano e per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	😊
Performance	13	Audit sulla compilazione del materiale documentale (area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	Prof San	0	5	nota 23681 del 14/02/2020 n 5 audit 11/04 - 16/05 - 12/09 - 14/11 - 12/12 Obiettivo raggiunto	0		5	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/03/2019 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2019 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 10 Valpolcevera e Valle Scrivia**



**Direttore Dottorssa Maria Romana Dellepiane**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	5	5	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	5	5	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	5		5	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>98,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 11 Centro**











Direttori Dottore Mario Fisci dall'1/1/2019 al 31/05/2019 Dottoressa Viviana Mauro dal 6/6/2019 al 31/12/2019

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	10	5	nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Il settore a visita presenta alcune criticità (su 14 tipologie di visite solo 5 presentano tempi in linea con il PNGLA) obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		3,75	
	2	Almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermative nel questionario SUNFRIL	N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRIL positivo in tutte le domande	70% visite a domicilio rispetto over 75 con questionario SUNFRIL su tutti gli Item	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 n. 2 pz eleggibili n. 2 pz trattati secondo protocollo obiettivo raggiunto	5		5	
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Implementazione servizi all'utenza	Entro 30 novembre 2019	DSS	5	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 i totem sono stati attivati entro la data prevista con le seguenti funzionalità: ritiro referti pagamento ticket da dicembre cambio medico Il Distretto ha partecipato attivamente alla realizzazione del progetto obiettivo raggiunto	5		5	
	4	Area Cure Domiciliari: rendicontazione dell'attività del servizio di cure domiciliari a seguito delle nuove indicazioni fornite da ALISA	Miglioramento della qualità dei flussi di attività, rendicontati verso Regione e Ministero	Rivalutazione almeno del 90% dei pazienti con modifica del numero degli accessi (cut off 4 accessi)	DSS	5	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 rivalutazione 100% pz e adeguamento n. visite obiettivo raggiunto	5		5	
	5	CUP di 1 e 2 livello - Incremento prestazioni prenotabili attraverso CUP	Nr prestazioni erogate prenotate tramite CUP/Nr prestazioni erogate	Target prestazioni erogate prenotate attraverso CUP >= 70%	tutti i DSS SSD Assistenza sanitaria di base specialistica metropolitana e farmaceutica	10	0	nota n. 43790 del 30/03/2020 100%prestazioni prenotabili tramite CUP obiettivo raggiunto	10		0	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 11 Centro**

**Direttori Dottore Mario Fiscì dall'1/1/2019 al 31/05/2019 Dottoressa Viviana Mauro dal 6/6/2019 al 31/12/2019**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	6	In collaborazione con Laboratorio Analisi, implementazione di un nuovo applicativo per la gestione informatizzata dell'INR capillare	% dei dati trasferiti in modalità informatizzata sul totale INR capillare eseguiti	60% entro dicembre 2019	SIA/DSS/Lab Analisi	5	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 98% pz. trasferiti nel programma coagulometro pervenuto a fine ottobre 2019	5		5	
	7	Attivazione progetto PUA : Formazione	Nr addetti formati alla funzione e operativi/Nr addetti SUD totali Piano formativo x restanti DSS Nr addetti formati/Nr addetti SUD	Al 30/9 formazione completata	DSS	5	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 corsi tenuti in data 8 e 10 ott.2019 partecipazione 5 addetti SUD (100%) l'obt si considera raggiunto in quanto è stato realizzato nelle prime date utili indicate dalla SC Formazione	5		5	
	8	Cure Domiciliari / Riduzione tempi attesa PIC	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	DSS	10	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 PIC infermieristica 48 h dalla dimissione PIC fisioterapia entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione obiettivo raggiunto	10		5	
Performance	9	Contratti SUMAI di sostituzione	Report mensile per contratti di sostituzione con indicazione medico-branca-ore impegno-durata contratto-ore complessive mese	Al 31/7 evidenza reportistica con decorrenza 1/1/2019	tutti i DSS / SSD Gestione rete medico convezionati aziendale / SC Gestione e sviluppo delle risorse umane	5	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 inviata reportistica mensile su sostituzioni	5		5	
	10	Ambulatorio infermieristico: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema "documentazione infermieristica"	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list riguardanti la documentazione infermieristica	Entro aprile 2019: elaborazione checklist Conduzione di un audit a semestre ( giugno-dicembre) con verifica di una scheda ambulatoriale per sede Riduzione del 50% delle non conformità rilevate tra primo e secondo audit	Prof San	0	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 elaborazione ad aprile della check list audit giugno n. 82 non conformità audit dicembre n. 2 non conformità riduzione delle non conformità pari al 90%	0		5	
	11	Area Cure Domiciliari: revisione dei documenti che costituiscono la cartella multidisciplinare a seguito delle azioni di miglioramento definite nel corso degli audit clinici condotti nell'anno 2018	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list (audit 2018) con verifica a novembre 2019	Evidenza dei documenti revisionati (elenco dei documenti con indice di revisione) novembre 2019	Prof San	0	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 revisionate n. 11 procedure diminuzione di oltre il 50% delle non conformità	0		5	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Distretto Sociosanitario 11 Centro**





Direttori Dottore Mario Fiscì dall'1/1/2019 al 31/05/2019 Dottoressa Viviana Mauro dal 6/6/2019 al 31/12/2019

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	12	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione del DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	😊
Performance	13	Audit sulla compilazione del materiale documentale (area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	Prof San	0	5	nota n. 43790 del 30/03/2020 n 5 audit 11/04 - 16/05 - 12/09 - 14/11 - 12/12	0		5	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Distretto Sociosanitario 11 Centro

Direttori Dottore Mario Fisci dall'1/1/2019 al 31/05/2019 Dottoressa Viviana Mauro dal 6/6/2019 al 31/12/2019

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	5	5	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	5	5	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	5		5	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>98,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Distretto Sociosanitario 12 Valbisagno Valtrebbia

Direttrici Dottorssa Daniela Dall'Agata dall'1/1/2019 al 31/05/2019 Dottore Mario Fiscì dall'1/06/2019 al 31/12/2019

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	10	5	nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Il settore a visita presenta alcune criticità (su 14 tipologie di visite solo 5 presentano tempi in linea con il PNGLA) obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	3,75	😐
	2	Almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermativo nel questionario SUNFRIL	N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRIL positivo in tutte le domande	70% visite a domicilio rispetto over 75 con questionario SUNFRIL su tutti gli Item	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	5	nota 21924 del 12/02/2020 3 pz eleggibili 2 hanno rifiutato per il pz che ha accettato sono stati attivati gli accessi MMG perc pari al 100% obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Implementazione servizi all'utenza	Entro 30 novembre 2019	DSS	5	5	nota 21924 del 12/02/2020 è stato attivato 1 totem entro la data prevista con le seguenti funzionalità: ritiro referti pagamento ticket da dicembre cambio medico Il Distretto ha partecipato attivamente alla realizzazione del progetto obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	4	Area Cure Domiciliari: rendicontazione dell'attività del servizio di cure domiciliari a seguito delle nuove indicazioni fornite da ALISA	Miglioramento della qualità dei flussi di attività, rendicontati verso Regione e Ministero	Rivalutazione almeno del 90% dei pazienti con modifica del numero degli accessi (cut off 4 accessi)	DSS	5	5	nota 21924 del 12/02/2020 rivalutazione 100% del pz incremento a 4 del numero minimo di accessi obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	5	CUP di 1 e 2 livello - Incremento prestazioni prenotabili attraverso CUP	Nr prestazioni erogate prenotate tramite CUP/Nr prestazioni erogate	Target prestazioni erogate prenotate attraverso CUP >= 70%	tutti i DSS SSD Assistenza sanitaria di base specialistica metropolitana e farmaceutica	10	0	nota 21924 del 12/02/2020 100% prestazioni erogabili tramite CUP obiettivo raggiunto	10	😊	0	😊
	6	In collaborazione con Laboratorio Analisi, implementazione di un nuovo applicativo per la gestione informatizzata dell'INR capillare	% dei dati trasferiti in modalità informatizzata sul totale INR capillare eseguiti	60% entro dicembre 2019	SIA/DSS/Lab Analisi	5	5	mail del 04/05/2020 lab analisi 98% pz. trasferiti nel programma obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Distretto Sociosanitario 12 Valbisagno Valtrebbia

Direttrici Dott.ssa Daniela Dall'Agata dall'1/1/2019 al 31/05/2019 Dott. Mario Fisci dall'1/06/2019 al 31/12/2019

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	7	Attivazione progetto PUA : Formazione	Nr addetti formati alla funzione e operativi/Nr addetti SUD totali Piano formativo x restanti DSS Nr addetti formati/Nr addetti SUD	Al 30/9 formazione completata	DSS	5	5	nota 21924 del 12/02/2020 corsi tenuti in data 8 e 10 ott.2019 partecipazione del personale interessato (4 addetti SUD) l'obt si considera raggiunto in quanto è stato realizzato nelle prime date utili indicate dalla SC Formazione	5	😊	5	😊
	8	Cure Domiciliari / Riduzione tempi attesa PIC	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	DSS	10	5	nota 21924 del 12/02/2020 garanzia PIC infermieristica entro 48 h garanzia PIC fisioterapia entro 7 gg. Lavorativi obiettivo raggiunto	10	😊	5	😊
Performance	9	Contratti SUMAI di sostituzione	Report mensile per contratti di sostituzione con indicazione medico-branca-ore impegno-durata contratto-ore complessive mese	Al 31/7 evidenza reportistica con decorrenza 1/1/2019	tutti i DSS / SSD Gestione rete medico convezionati aziendale / SC Gestione e sviluppo delle risorse umane	5	5	nota 21924 del 12/02/2020 invio regolare report obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	10	Ambulatorio infermieristico: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema "documentazione infermieristica"	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list riguardanti la documentazione infermieristica	Entro aprile 2019: elaborazione checklist Conduzione di un audit a semestre ( giugno- dicembre) con verifica di una scheda ambulatoriale per sede Riduzione del 50% delle non conformità rilevate tra primo e secondo audit	Prof San	0	5	nota 21924 del 12/02/2020 elaborazione ad aprile della check list audit giugno n. 42 non conformità audit dicembre n. 20 non conformità riduzione delle non conformità pari al 52% obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
	11	Area Cure Domiciliari: revisione dei documenti che costituiscono la cartella multidisciplinare a seguito delle azioni di miglioramento definite nel corso degli audit clinici condotti nell'anno 2018	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list (audit 2018) con verifica a novembre 2019	Evidenza dei documenti revisionati (elenco dei documenti con indice di revisione) novembre 2019	Prof San	0	5	nota 21924 del 12/02/2020 n 5 audit 11/04 - 16/05 - 12/09 - 14/11 - 12/12	0	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Distretto Sociosanitario 12 Valbisagno Valtrebbia

Direttrice Dott.ssa Daniela Dall'Agata dall'1/1/2019 al 31/05/2019 Dottore Mario Fiscì dall'1/06/2019 al 31/12/2019

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	12	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanoio e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanoio per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
Performance	13	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno del setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	Prof San	0	5	nota 21924 del 12/02/2020 n 5 audit 11/04 - 16/05 - 12/09 - 14/11 - 12/12 obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazione Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria:le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accREDITamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e AccREDITamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Distretto Sociosanitario 12 Valbisagno Valtrebbia

Direttrici Dottorssa Daniela Dall'Agata dall'1/1/2019 al 31/05/2019 Dottore Mario Fiscì dall'1/06/2019 al 31/12/2019

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	5	5	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	5	5	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>98,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Distretto Sociosanitario 13 Levante**  
**Direttore Dottore Marco Macchi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	10	5	nota del 1/6/2020 e del 3/6/2020 resp SSD Valutazione dell'attività soggetti erogatori esterni: Il settore a visita presenta alcune criticità (su 14 tipologie di visite solo 5 presentano tempi in linea con il PNGLA) obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	3,75	😐
	2	Almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermatrice nel questionario SUNFRAIL	N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande	70% visite a domicilio rispetto over 75 con questionario SUNFRAIL su tutti gli Item	DSS/S.S.D. Assistenza sanitaria di base	5	5	nota id 74996741 del 15/05/2020 pz segnalati a geriatria 72 pz contattati 69 obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Implementazione servizi all'utenza	Entro 30 novembre 2019	DSS	5	5	nota id 74996741 del 15/05/2020 i totem sono stati attivati entro la data prevista con le seguenti funzionalità: ritiro referti pagamento ticket da dicembre cambio medico Il Distretto ha partecipato attivamente alla realizzazione del progetto obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	4	Area Cure Domiciliari: rendicontazione dell'attività del servizio di cure domiciliari a seguito delle nuove indicazioni fornite da ALISA	Miglioramento della qualità dei flussi di attività, rendicontati verso Regione e Ministero	Rivalutazione almeno del 90% dei pazienti con modifica del numero degli accessi (cut off 4 accessi)	DSS	5	5	nota id 74996741 del 15/05/2020 eseguita rivalutazione del 100% dei pz con modifica del numero degli accessi (cut off 4 accessi) obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	5	CUP di 1 e 2 livello - Incremento prestazioni prenotabili attraverso CUP	Nr prestazioni erogate prenotate tramite CUP/Nr prestazioni erogate	Target prestazioni erogate prenotate attraverso CUP >= 70%	tutti i DSS SSD Assistenza sanitaria di base specialistica metropolitana e farmaceutica	10	0		10	😊	0	😊
	6	In collaborazione con Laboratorio Analisi, implementazione di un nuovo applicativo per la gestione informatizzata dell'INR capillare	% dei dati trasferiti in modalità informatizzata sul totale INR capillare eseguiti	60% entro dicembre 2019	SIA/DSS/Lab Analisi	5	5	mail del 04/05/2020 lab analisi 98% pz. trasferiti nel programma	5	😊	5	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Distretto Sociosanitario 13 Levante**  
**Direttore Dottore Marco Macchi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Perform	7	Attivazione progetto PUA : Formazione	Nr addetti formati alla funzione e operativi/Nr addetti SUD totali Piano formativo x restanti DSS Nr addetti formati/Nr addetti SUD	Al 30/9 formazione completata	DSS	5	5	corsi tenuti in data 8 e 10 ott.2019 partecipazione di tutto il personale interessato (operatori SUD) l'obt si considera raggiunto in quanto è stato realizzato nelle prime date utili indicate dalla SC Formazione obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	8	Cure Domiciliari / Riduzione tempi attesa PIC	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	inizio interventi entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione da parte dell'ospedale	DSS	10	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 tutte le segnalazioni di carattere infermieristico sono state prese in carico entro 7 gg lavorativi dalla segnalazione obiettivo raggiunto	10	😊	5	😊
Performance	9	Contratti SUMAI di sostituzione	Report mensile per contratti di sostituzione con indicazione medico-branca-ore impegno-durata contratto-ore complessive mese	Al 31/7 evidenza reportistica con decorrenza 1/1/2019	tutti i DSS / SSD Gestione rete medico convezionat i aziendale / SC Gestione e sviluppo delle risorse	5	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 inviata reportistica mensile su sostituzioni obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	10	Ambulatorio infermieristico: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema "documentazione infermieristica"	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list riguardanti la documentazione infermieristica	Entro aprile 2019: elaborazione checklist Conduzione di un audit a semestre ( giugno- dicembre) con verifica di una scheda ambulatoriale per sede Riduzione del 50% delle non conformità rilevate tra primo e secondo audit	Prof San	0	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 elaborata check list: sono stati effettuati due audit a distanza di sei mesi nell'anno 2019 con verifica di una scheda ambulatorio per sede (Bainsizza, nervi e Recco) si è verificata una diminuzione delle non conformità pari al 95% obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
	11	Area Cure Domiciliari: revisione dei documenti che costituiscono la cartella multidisciplinare a seguito delle azioni di miglioramento definite nel corso degli audit clinici condotti nell'anno 2018	Riduzione / trattamento delle non conformità rilevate tramite check list (audit 2018) con verifica a novembre 2019	Evidenza dei documenti revisionati (elenco dei documentazione con indice di revisione) novembre 2019	Prof San	0	5	nota 74778339 dell'11/5/2020 i documenti sono stati tutti revisionati. Nel mese di novembre è stata effettuata una verifica delle cartelle multidisciplinari di tutti i distretti, selezionate a campione, utilizzando la check list concordata con l'UVGR. rispetto al 2018 si è registrata una diminuzione delle non conformità pari al 50%	0	😊	5	😊
	12	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha	0	😊	5	😊
Performance	13	Audit sulla compilazione del materiale documentale ( area riabilitativa)	nr di audit eseguiti per professione all'interno dei setting	Entro il 31 -12-2019 nr 2 audit per setting	Prof San	0	5	mail del 5/5/2020 audit condotti correttamente dall'area riabilitativa e hanno coinvolto Cure domiciliari e RSA obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Distretto Sociosanitario 13 Levante**  
**Direttore Dottore Marco Macchi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	<b>Entro il 28/03/2019</b> comunicazione formale del tema prescelto <b>Entro il 31/12/2019</b> evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	Nota ID 74677359 del 05.05.2020 SS Gestione Rischio Clinico: Obiettivo Raggiunto	10	😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Implementazione della documentazione utile in relazione al NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Entro Giugno 2019 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio	SC Governo Clinico e Organizzazioni Sanitaria	10	10	Nota Direttore SC Governo Clinico e Programmazione Sanitaria: le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento da parte di A.Li.Sa non risultano ad oggi calendarizzate: Implementata pertanto check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. <b>Obiettivo raggiunto</b>	10	😊	10	😊
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	5	5	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	5	5	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>98,75</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**Direttore Dott.ssa Tiberia Boccardo**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Coordinamento delle attività delle Strutture, afferenti al Dipartimento di Prevenzione, coinvolte nel "Protocollo di Intesa" (delibera n° 5 del 11/01/2019) tra il Commissario Straordinario della città di Genova – Arpal ed ASL3 per la demolizione/ricostruzione del ponte Morandi.	n° di interventi sanitari intrapresi dalle rispettive Strutture coinvolte nel Protocollo di Intesa.	Entro il 30/11/2019 stesura relazioni finali degli adempimenti previsti dal Protocollo di Intesa.	Dip Prevenzione	25	40	Come da relazione del 18.5.2020 conservata agli atti il n. di interventi intrapresi congiuntamente cn Comune ed Arpal per il ponte Mprandi sono stati n.55. Obiettivo raggiunto.	25	😊	40	😊
	2	Predisposizione di un PDTA ( percorso diagnostico terapeutico assistenziale) relativo alla prevenzione del sovrappeso/obesità e della sindrome metabolica.	Costituzione di un gruppo di lavoro dedicato alla definizione del PDTA entro il 30/06/2019.	Entro il 30/11/2019 stesura dettagliata del PDTA.	Dip Prevenzione	25	0	Come da comunicazione mail del 18.5 il gruppo di lavoro dedicato alla definizione del PDTA è stato costituito in data 23.5. In sede di discussione si è preferito orientare il PDTA sull'obesità della donna in gravidanza Obiettivo non raggiunto in considerazione del fatto che è stata portata avanti tutta la fase di studio dei contenuti ma non c'è ancora il PDTA definitivo <b>NB: detto obiettivo non riguarda il personale del comparto afferente il Dipartimento pertanto l'obiettivo è non raggiunto per la Dirigenza ma il relativo punteggio viene ridistribuito sugli altri obiettivi</b>	0	😞	0	
	3	Ricognizione, nelle Strutture del Dipartimento di Prevenzione, degli strumenti informatici in dotazione, riferiti sia ai PC che ai programmi di software operativi al fine di definire un piano di implementazione degli stessi, sulla base delle esigenze dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, attraverso la realizzazione di una apposita scheda.	Trasmissione, compilazione e raccolta delle schede e valutazione delle stesse.	Entro il 30/09/2019 effettuata ricognizione delle attrezzature	Dip Prevenzione	20	30	Come da relazione del 18.5.2020 conservata agli atti sono state compilate 230 schede per PC, 58 per stampanti B/N, 24 stampanti colore, 48 scanner. Obiettivo raggiunto	20	😊	30	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**Direttore Dott.ssa Tiberia Boccardo**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy	vedi scheda allegata		Affari generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo parzialmente raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>75</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Igiene e Sanità Pubblica**

**Direttore Dottoressa Maura Ferrari Bravo**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	Recupero Crediti	Richiesta oneri di spesa per pareri di natura prodromica o endoprocendimentali relativi alle commissioni pubblico spettacolo ai sensi DGR 1197 del 04/10/2013 e parere avvocatura ASL 3 ID 64067188 del 07/01/2019	Numero bollettini inviati Richiesta di pagamento a privati o ENTI che hanno fatto richiesta di parere commissione pubblico spettacolo = 100%	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	5	5	nota id 71822896 del 10/01/2020 partecipazione a n. 40 Commissioni di pubblico spettacolo esame di n. 84 istanze a pagamento 75 n. bollettini di pagamento emessi n. 75 obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Flussi (anche anagrafe nazionale vaccini - decreto ministero della salute 17/09/2018 GU serie generale 257 5/11/2018)	Margine di tolleranza <2%	Entro 30 Giugno organizzazione di 3 incontri di formazione con Operatori Sanitari delle singole strutture ambulatori finalizzato ad un adeguato caricamento dei dati inerenti le sedute vaccinali Entro 31 ottobre completamento formazione del personale con altri 3 incontri Partecipazione agli incontri regionali ed aziendali finalizzati alla realizzazione di Anagrafe vaccinale Regionale .	SIA/PPC	5	5	nota id 71822896 del 10/01/2020 n. 3 incontri in data 9/11 aprile e 6/6 per formazione operatori su anagrafe vaccinale riunioni con Distretti su anagrafe vaccinale in data 24/28/31 ottobre incontri con Regione 7/2 e 3/4 riunioni aziendali 27/2 21/3 13/4 13/6 obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata	Pubblicazione della Procedura "Vaccinazioni" entro il 30/06/2019 Entro il 30/09/2019 il corso è pubblicato sul portale formazione ed è fruibile dal personale coinvolto nel servizio vaccinale.	PPC	5	5	nota id 71822896 del 10/01/2020 pubblicazione procedura vaccinazioni entro il 30/06/2019 pubblicazione corso fruibile entro il 30/09/2019 obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Attività di vigilanza su base triennale Pubbliche Assistenze inserite nell'elenco regionale per il servizio di trasporto sanitario in Emergenza Urgenza.	Vigilanza effettuata su almeno il 33%, delle P.P.A.A. inserite nell'elenco DGR 738 05/08/2016	Entro il 30/11/2019 conteggio delle vigilanze effettuate rispetto al numero P.P.A.A. inserite in elenco: 33%	S.S. Salute e Ambienti di Vita	10	10	nota id 71822896 del 10/01/2020 n pubbliche assistenze sottoponibili a controllo 64 n. sopralluoghi 22 % controllate = 34% obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Aggiornamento procedure della Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica: - Piscine (pareri preventivi e vigilanza) - Parrucchieri (pareri preventivi e vigilanza) - Gestione Seduta Vaccinale	Istituzione gruppo di lavoro specifico. Stesura delle procedure Piscine, Parrucchieri, Gestione seduta vaccinale	Entro il 30 aprile 2019: costituzione del gruppo di lavoro specifico. Entro il 31 dicembre 2019 definizione del 100% delle procedure definite (3/3)	S.C. Igiene e Sanità Pubblica	10	5	nota id 71822896 del 10/01/2020 istituito gruppo di lavoro entro 30/04 20/06 pubblicazione procedura "gestione ambulatori vaccinali" 4/12 pubblicazione procedura "acconciatori" 23/12 inviata procedura "piscine" obiettivo raggiunto	10	😊	5	😊
	3	Vigilanza Fitosanitari: Deliberazione 829 /2018 Approvazione del Piano regionale di controllo produzione, commercio e utilizzo dei fitosanitari	Vigilanza effettuata su: 100% degli stabilimenti di produzione 100% sedi di Commercio di prodotti uso professionale 1 Controllo analitico	entro 30 novembre 2019 Vigilanza effettuata su: 100% degli stabilimenti di produzione 80% sedi di Commercio di prodotti uso professionale 1 Controllo analitico	S.S. Ambiente e Salute	10	10	nota id 71822896 del 10/01/2020 campionamento eseguito sul 100% dei fitosanitari obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Igiene e Sanità Pubblica**

**Direttore Dottoressa Maura Ferrari Bravo**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	4	Pneumococco e Zoster miglioramento dell'adesione alla vaccinazione	invio lettera di invito, coorte 1954 per Pneumococco e Zoster report per ogni MMG degli assistiti coorte del 1954 entro aprile 2019	Lettera di Invito 100% dei soggetti nati nel 1954 entro 30 aprile 2019 report ai curanti (550) 100% invio report per MMG	S.S. Profilassi	15	10	nota id 71822896 del 10/01/2020 lettera invito a MMG per vaccinazione coorte 1 sem 1954 prot 19263 del 7/2/2019 lettera invito a MMG per vaccinazione coorte 2 sem 1954 prot 51335 del 10/04/2019 incontri con MMG in data 4 - 5 - 6 - 12 - 19/06 nei distretti obiettivo raggiunto	15	☺	10	☺
		HPV copertura con seconda dose coorte femmine 2001-2004	Informativa per completamento ciclo vaccinale per le coorti 2001-2004 Informativa alle completamenti inadempienti nate negli anni 2002-2003 Invio lettera di sollecito a vaccinazione per la coorte anno 2004	Entro il 30 giugno 2019 effettuazione di interpello telefonico per il completamento del ciclo vaccinale HPV al 80% componenti coorti 2001-2004 Entro il 31 ottobre 2019 effettuazione di interpello telefonico al 80% delle completamenti inadempienti a vaccinazione HPV nate negli anni 2002-2003 Entro il 31 agosto 2019 invio lettera di sollecito a vaccinazione HPV al 75% delle componenti la coorte nata nel 2004				entro 30/06 interpello di genitori di 224 ragazze (100% del campione) entro 30/08 lettera di invito a 747 ragazze inadempiente coorte 2004 (100% campione) ottobre 2019 recall inadempienti coorti 2002/2003 obiettivo raggiunto				
	5	Prosecuzione progetto vaccinazioni in ambiente protetto in collaborazione con Assistenza Consultoriale, Neonatologia e Distretti	Percentuale di consulenze eseguite su indicazione della s.c. igiene e sanità pubblica e/o del pediatra di famiglia	Erogazione della prestazione richiesta nel 100% delle richieste	DS/DSS/Igiene e Sanità Pubblica	10	5	nota id 71822896 del 10/01/2020 inviati n. 99 utenti per consulenza allergologica per sospetta allergia a vaccini di questi n. 79 utenti sono stati visitati allo Scassi. Obiettivo raggiunto	10	☺	5	☺

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Igiene e Sanità Pubblica**

**Direttore Dottoressa Maura Ferrari Bravo**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	6	Miglioramento qualitativo dei rapporti con il pubblico e della trasparenza comunicativa e monitoraggio dell'attività resa. • Verifica della congruità dei dati del modulo "Verbale di accesso" per le attività di Sorveglianza da parte dei Tdp della S.C. Igiene e Sanità Pubblica, quando non siano utilizzati altri verbali o documenti similari.	Revisione del "verbale di accesso" ad uso della S.C. Igiene e Sanità Pubblica	Revisione del verbale entro aprile 2019	Responsabile Area Prevenzione /DS	0	10	nota id 71822896 del 10/01/2020 verbale rivisto e conforme a quanto richiesto dalle esigenze di verbalizzazione obiettivo raggiunto	0		10	☺
	7	• Monitoraggio degli accessi alle varie attività da parte di tutti i TdP del Dip. Prevenzione, attraverso il controllo della registrazione degli atti e/o l'utilizzo dei verbali previsti nei vari casi.	• Monitoraggio dell'inserimento dei dati a sistema.	Verifica della corretta registrazione dell'attività, anche attraverso sistema informatizzato, in almeno l'80% di quanto svolto,				nota id 71822896 del 10/01/2020 pratiche complessive n. 1011 pratiche processate n. 982 di cui: 648 entro 15gg 162 da 15 a 30 gg 64 entro 120 gg 52 ancora da processare alla fine del 2019 la % dell'80% delle pratiche evase è stato raggiunto				
	8	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti. Anche per la Farmacia, che scannerizza comunque tutti i DDT, ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie: il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0		5	☺

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Igiene e Sanità Pubblica**











**Direttore Dottoressa Maura Ferrari Bravo**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
UGR	1	Aggiornamento della procedura aziendale "Vaccinazioni" e sviluppo di percorso di aggiornamento correlato alle pratiche vaccinali.	1)Aggiornamento, approvazione e pubblicazione sul sito aziendale della procedura "Vaccinazioni" 2)Progettazione e programmazione di corso di aggiornamento correlato alla gestione vaccinale	Pubblicazione della Procedura "Vaccinazioni" entro il 30/06/2019 Entro il 30/09/2019 il corso è pubblicato sul portale formazione ed è fruibile dal personale coinvolto nel servizio vaccinale.	UGR	10	10	nota id 67364654 del 21/06/2019 conferma di UGR pubblicazione procedura "Vaccinazioni" obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>									<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. MEDICINA LEGALE**

**Direttore Dottoressa Tiberia Boccardo**







tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019. Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Adeguamento del Protocollo Diagnostico Patenti come definito dalla Deliberazione di A.Li.Sa. n. 321 del 19.12.2018 nei casi di revisione o conferma della idoneità alla guida dopo episodio di guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e/o psicotrope	Implementazione della procedura di Catena di Custodia dei campioni a valenza medico-legale raccolti presso gli Ambulatori Tossicologici del Ser.T. Numerosità casi in cui viene applicato il nuovo protocollo diagnostico (prelievamento campione per matrice cheratinica)	Entro 31 Ottobre 2019 utilizzo della procedura di Catena di Custodia per il 100% dei nuovi soggetti inviati presso gli Ambulatori Tossicologici del Ser.T. per revisione/conferma idoneità alla guida. Organizzazione entro 30 Giugno di un Corso di aggiornamento in collaborazione con la S.C. Medicina Legale e la S.C. Patologia Clinica per la condivisione del nuovo protocollo diagnostico	SERT/ Medicina Legale/PPC	15	10	Come da nota ID n.74955289 del 18.5.2020 nelle date del 4 giugno e 18 giugno 2019 si sono svolti gli incontri formativi previsti. Il nuovo protocollo diagnostico è divenuto operativo dal 1 gennaio 2020. Obiettivo raggiunto.	15		10	
	2	Adempimenti amministrativi e sanitari per la tutela sociale delle disabilità in età pediatrica a favore di minori che presentano particolari gravità in regime di ricovero ospedaliero	riduzione dei tempi di attesa domanda di minorazione civile /visita (entro 20 giorni)	100% evasione richieste entro 20 giorni	Medicina Legale/PPC	10	10	Come da nota ID n.74955289 del 18.5.2020 l'indicatore dei tempi di attesa è stato portato sotto i 20 giorni. Obiettivo raggiunto.	10		10	
	3	Espletamento delle visite in tema di "Responsabilità Professionale"	entro 30 gg dal contatto del pz.	100% espletamento entro 30 giorni	Medicina legale /PPC	10	10	Come da nota ID n.74955289 del 18.5.2020 gli appuntamenti per le visite in tema di "responsabilità professionale" vengono fissati entro i 30 giorni dalla richiesta di appuntamento da parte dell'utente interessato. Obiettivo raggiunto.	10		10	



**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. MEDICINA LEGALE**

**Direttore Dottoressa Tiberia Boccardo**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	4	effettuazione delle visite specialistiche ambulatoriali per il rilascio di certificazioni medico legali	entro 15 gg dalla prenotazione	100% espletamento entro 15 giorni	Medicina legale /PPC	10	10	Come da nota ID n.74955289 del 18.5.2020 gli appuntamenti per le visite specialistiche ambulatoriali per il rilascio di certificazioni medico - legali vengono fissati entro i 15 giorni dalla prenotazione. Obiettivo raggiunto.	10		10	
	5	Nell'ambito dell'attività delle visite effettuate per la richiesta "danni all'Azienda" predisposizione di una scheda da sottoporre al richiedente al fine di individuare le criticità in seno all'Azienda e predisporre un'adeguata attività preventiva per ridurre i contenziosi	adempimenti pari all'80% delle visite	entro 30/06 predisposizione scheda entro 30/11 elaborazione schede compilate con report di ritorno	Medicina legale /PPC	15	10	Come da nota ID n.74955289 del 18.5.2020 è stato elaborato il questionario per valutare le criticità percepite dall'utente nel rapporto con l'azienda. Le risultanze sono state condivise nell'ambito degli incontri con la SS Rischio Clinico. Obiettivo raggiunto.	15		10	
	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	POU/ Prof San	0	10	Come da nota ID n.74955289 del 18.5.2020 il cronoprogramma è stato rispettato. Obiettivo raggiunto.	0		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. MEDICINA LEGALE**

**Direttore Dottoressa Tiberia Boccardo**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
UGR	1	Progettazione e sviluppo, in collaborazione con la S.C Medicina d'Urgenza , di un corso di formazione residenziale dedicato alla gestione delle violenze sessuali/ violenze di Genere	Creazione del corso di formazione	Entro il 31/05/2019 il corso è pubblicato sul portale aziendale ed è fruibile	UGR	10	10	Come da nota ID n.74955289 del 18.5.2020 il corso è stato creato ed è stato svolto nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
Progetti	1	Privacy	Vedi scheda allegata		Affari Generali	10	10	mail del 1/06/2020 tutti gli adempimenti privacy sono stati effettuati. Il corso FAD non è stato fatto per problemi informatici la documentazione è stata inviata in data 3/01/2020 obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	7,5	😐
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>97,5</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Igiene Alimenti e nutrizione**

**Direttore Dott. Marco Roveta**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	10	10	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Dematerializzazione della documentazione relativa alla riscossione diritti sanitari relativi al d. lgs 194/08 con operatori registrati e riconosciuti mediante invio documenti con firma digitale ed archiviazione degli stessi in formato digitale	entro 31/5 predisposizione modalità e istruzioni operative per il personale per la dematerializzazione dei documenti e possibilità di invio con firma digitale da 1/7: comunicazioni relative a d.lgs194/08 inviate con firma digitale inviate = 50 %	-dall'01/10 invio del 95% delle comunicazione Dec.Lvo 194/08 in formato digitale	SIA/PPC	5	5	Come da comunicazione Prot.n.74970269 del 19.5.2020 tutte le comunicazioni alle imprese sono state effettuate in formato digitale con pec attraverso il protocollo aziendale DOC Pa e sono state raccolte ed archiviate le autocertificazioni ed i pagamenti delle imprese. Obiettivo raggiunto.	5	😊	5	😊
performance	2	Riorganizzazione registrazione degli illeciti amministrativi accertati e contestati dal sc IAN Abilitazione alla firma digitale del personale per la sottoscrizione degli atti di contestazione e della notifica ex L. 689/1981 quando non effettuati personalmente al trasgressore ed obbligato solidale. Predisposizione Istruzione Operativa per il personale, comprensiva di: • modalità di costituzione del fascicolo dell'illecito amministrativo • modalità di inoltro della notifica, firmata digitalmente, del fascicolo dell'illecito, previo protocollo e fascicolazione al titolare Sanzioni, con PEC al domicilio digitale trasgressore e obbligato solidale previo reperimento dello stesso sull'indice nazionale dei domicilia digitali (INI-Pec) e/o Registro degli indirizzi elettronici delle Pubbliche Amministrazioni (INI-IPA)	- Entro il 30/05/2019 abilitazione alla firma digitale di TdP coordinatori, di Dirigenti e di almeno 50 % degli amministrativi qualora sprovvisti - Entro 30/05/2019: predisposizione Istruzione Operativa per il personale - Entro 01/09/2019: abilitazione alla firma digitale di tutti i TdP - Entro 01/07/2019: fascicoli illeciti amministrativi Sc IAN notificati via PEC a trasgressore (se non effettuata a mani) ed a obbligato solidale - Entro 01/07/2019: trasmissione in forma dematerializzata fascicolo illecito ex art. art. 17 L. 689/81 a SSD funzione Amministrativa DP	Entro 30/05/19: definizione del fascicolo dell'illecito amministrativo ed abilitazione alla firma digitale di parte del personale entro 30/05/2019: predisposizione Istruzione Operativa da 01/07/2019: 1) fascicoli illeciti amministrativi Sc IAN notificati via PEC a trasgressore ed a obbligato solidale 2) fascicoli illeciti amministrativi inoltrati firmati digitalmente alla SSD Funzione Amministrativa DP	SIA/PPC	10	5	Come da comunicazione Prot.n.74970269 del 19.5.2020 L'istruttoria del procedimento di formazione, contestazione e notifica di un illecito amministrativo è stata completamente innovata: l'eliminazione della notifica a mezzo postale e la sua sostituzione con quella a mezzo pec, la trasmissione contestuale del fascicolo sanzionatorio (comprensivo di documentazione fotografica) all'ufficio sanzioni ASL3 (autorità competente ex L. 689/81). Obiettivo raggiunto.	10	😊	5	😊
	3	Contributo alla rilevazione aziendale 2019 di Okkio alla Salute.	Partecipazione agli incontri ed alla raccolta dati antropometrici e relativi stili di vita degli alunni della classi campionate, individuate dalla S.S.D. Epidemiologia e Promozione della Salute	Raccolta dati effettuata in almeno 5 classi del target complessivo campionato (25 classi) individuato dalla S.S.D. Epidemiologia e Promozione della Salute	DS/PPC	10	10	Come da comunicazione Prot.n.74970269 del 19.5.2020 la dietista in organico alla IAN ha partecipato all'attività prevista. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	4	Dematerializzazione della documentazione relativa a comunicazioni, provvedimenti amministrativi, verbali di prelievo ed esiti di campionamento, corrispondenza in genere con enti ed imprese alimentari mediante PEC dei relativi atti firmati digitalmente ed archiviazione degli stessi in formato digitale	abilitazione alla firma digitale di tutti i dirigenti qualora sprovvisti e invio comunicazioni in forma digitale	entro 31/5/2019 predisposizione modalità e istruzioni operative per il personale per la dematerializzazione dei documenti e possibilità di invio con firma digitale e PEC Da 01/06/2019: 1) comunicazioni relative a campioni inviate ad imprese alimentari con firma digitale inviate = 80% 2) comunicazione relative ad enti (uffici comunali, regionali, etc = 95 %		SIA/PPC	10	5	Come da comunicazione Prot.n.74970269 del 19.5.2020 la dematerializzazione della documentazione e della corrispondenza della struttura è stata pienamente realizzata. Obiettivo raggiunto.	10	😊	5

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Igiene Alimenti e nutrizione**

**Direttore Dott. Marco Roveta**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	5	Implemento della attività di controllo di agenti patogeni e/o contaminanti che possono arrecare danni alla salute umana mediante esecuzione di 45 prelievi di matrici alimentari (preparazioni gastronomiche) durante esecuzione di controlli ufficiali in attività di ristorazione, gastronomia, pasticceria, panetteria	entro il 15 marzo 2019: predisposizione di piano e programma di campionamento entro il 30 giugno 2019: esecuzione di almeno 15 campionamenti	entro il 30 dicembre 2019: esecuzione di almeno 30 campionamenti	IAN	10	10	Come da comunicazione Prot.n.74970269 del 19.5.2020 l'attività di campionamento prevista è stata effettuata. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	6	Implemento della attività di controllo ufficiale comprensiva delle valutazione della etichettatura e delle informazioni sugli allergeni	entro 15 marzo: predisposizione documento di indirizzo per il controllo degli allergeni negli esercizi di ristorazione, gastronomia, pasticceria, panetteria entro il 30 giugno: effettuazione di almeno 50 controlli ufficiali comprensivi della verifica informazione su allergeni	entro 30 dicembre: effettuazione di almeno ulteriori 150 controlli ufficiali comprensivi della verifica informazioni su allergeni	IAN	10	10	Come da comunicazione Prot.n.74970269 del 19.5.2020 è stato effettuata, nel corso di controlli ufficiali in esercizi commerciali e di produzione, la contestuale valutazione della etichettatura e della esposizione al pubblico delle informazioni relative agli allergeni. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
Performance	7	Predisposizione di un modello elettronico del verbale di contestazione di illecito amministrativo alternativo al modello cartaceo firmabile digitalmente	Studio e realizzazione di un modello elettronico del verbale di contestazione di illecito amministrativo alternativo al modello cartaceo firmabile digitalmente	Entro il 31/05/2019: predisposizione di un modello in formato elettronico del verbale di contestazione Entro il 30/06/2019: possibilità di firma digitale delle contestazione di illecito amministrativo previa predisposizione abilitazioni firma digitale di tutto il personale interessato	SIA/PPC	10	10	Come da comunicazione Prot.n.74970269 del 19.5.2020 è stato predisposto un modello digitale del verbale di contestazione di illecito amministrativo, espandibile negli spazi di scrittura, per poter descrivere il fatto ed in diritto la non conformità rilevata. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con il pubblico e trasparenza comunicativa. Aggiornamento modulo "Verbale di accesso" e verifica dell'utilizzo corretto (nei casi previsti) per le attività di Sorveglianza da parte dei Tdp del Dip. Prevenzione, anche attraverso la registrazione digitale degli atti.	Aggiornamento/revisione modulo verbale di accesso. Utilizzo del modulo aggiornato nei casi previsti	Aggiornamento/revisione modulo entro aprile 2019 Almeno nell' 80% dei casi previsti da maggio a dicembre 2019	Responsabile Area Prevenzione /DS	0	10	Come da comunicazione Prot.n.74970269 del 19.5.2020 la conseguita disponibilità di computer e stampanti portatili e l'utilizzo di una Relazione di Controllo Ufficiale espandibile in formato word ha avuto come risultato il miglioramento della trasparenza comunicativa nelle relazioni di controllo ufficiale redatte in occasione degli accertamenti presso le imprese alimentari. obiettivo raggiunto	0	😊	10	😊
Progetti	1	Privacy	vedi scheda allegata		Affari generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	7,5	😐
	2	Trasparenza e Anticorruzione	vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	7,5	😐
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>95</b>		<b>95</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Igiene degli alimenti di origine animale**  
**Direttore Dottoressa Maria Cristina Bisso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE ( in condivisione con SC Igiene Alimenti e Nutrizione e SSD Funzione Amministrativa del dip prev) -Riorganizzazione delle registrazioni delle sanzioni amministrative effettuate dalla SC IAOA -predisposizione Istruzione Operativa per il personale , comprensiva della trasmissione delle documentazione alla SSD funzione amministrativa del dip Prev e della modulistica per la notifica via PEC delle sanzioni amministrative -notifica delle stesse mediante PEC	<b>entro 30/04/19:</b> predisposizione unico registro sanzioni amministrative per la SC IAOA <b>entro 30/6:</b> predisposizione Istruzione Operativa per il personale , comprensiva della trasmissione delle documentazione alla SSD funzione amministrativa del dip Prev e della modulistica per la notifica via PEC delle sanzioni amministrative <b>da 01/07/2019:</b> sanzioni amm.ve notificate via PEC/sanzioni amm.ve sc IAOA non contestate al sopralluogo=90%	<b>entro 30/04/19:</b> unico registro sanzioni amministrative per la SC IAOA <b>entro 30/6:</b> predisposizione Istruzione Operativa per il personale , comprensiva della trasmissione delle documentazione alla SSD funzione amministrativa del dip Prev e della modulistica per la notifica via PEC delle sanzioni amministrative <b>da 01/07/2019:</b> sanzioni amm.ve notificate via PEC/sanzioni amm.ve sc IAOA non contestate al sopralluogo=90%	PPC	15	15	nota dell'11/05/2020 nota id 66282128 del 30/04/2019 disposizioni per registrazione unificata delle sanzioni amministrative giugno/luglio 2019 riunioni operative con le componenti aziendali interessate per definire le modalità corrette di notifica via PEC da agosto 2019 tutte le sanzioni sono notificate via PEC obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	3	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata			PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5
Performance	1	Dematerializzazione della documentazione relativa alla riscossione diritti sanitari relativi ai d. lgs 194/09 e gestione comunicazioni relative ai campioni effettuati (convocazioni, trasmissioni verbali, trasmissione esiti)e corrispondenza con operatori del settore alimentare (OSA) (stabilimenti abilitati alla produzione di alimenti di O.A.) mediante invio documenti con firma digitale ed archiviazione degli stessi in formato digitale	da 1/6: comunicazioni relative a campioni e d lgs194/08 inviate con firma digitale/ comunicazioni relative a campioni e d lgs194/08 inviate =95% da 01/10: comunicazioni inviate a ditte di (OSA) riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) 853/04 con firma digitale/comunicazioni inviate a ditte di (OSA) riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) 853/04=95%	-entro 31/5 predisposizione modalità e istruzioni operative per il personale per la dematerializzazione dei documenti e possibilità di invio con firma digitale da parte del direttore e del responsabile SS - dal 1/6 invio del 95% delle comunicazioni relative ai campionamenti e relative a d.lgs 194/08 con firma digitale -dall'01/10 invio del 95% delle comunicazioni ai riconosciuti Reg. (CE) 853/04 in formato digitale	DS	15	15	nota dell'11/05/2020 22/05/2019 istruzione operativa per gestione dematerializzata comunicazioni relative ai campionamenti nota prot id 67131306 dell'11/06/2019 individuazione deleghe di firma digitale da giugno 2019 invio comunicazioni dematerializzate a firma dei delegati obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊
Performance	2	Inserimento sul sistema Sinvsa di tutte le nuove notifiche (nuove attività, variazioni cessazioni) degli operatori del settore alimentare (OSA) registrati ai sensi art.6 reg (CE)852/04 di competenza della SC Igiene Alimenti di origine Animale	inserimento sul sistema Sinvsa delle nuove notifiche di competenza SC IAOA/ nuove notifiche di competenza SC IAOA pervenute dai SUAP territoriali = 98%	98 % OSA inseriti e aggiornati su sistema SINVSA (Evidenza documento)	IAOA	15	15	nota dell'11/05/2020 al 31/12/2020 registrazione di tutti gli esercizi che commerciano alimenti di origine animale, eccezion fatta per macellerie e pescherie site all'interno dei supermercati, di competenza della SC igiene degli alimenti e della nutrizione obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Igiene degli alimenti di origine animale**  
**Direttore Dottoressa Maria Cristina Bisso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	3	Revisione check list utilizzate dalla SC IAOA per le attività di controllo ufficiale sugli stabilimenti riconosciuti ai sensi Reg (CE)853/04	al 30/11/19 check list in uso per stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) 853/04 revisionate/check list in uso per stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) 853/04=100%	al 30/11/2019 100% check list utilizzate dalla SC IAOA per le attività di controllo ufficiale sugli stabilimenti riconosciuti ai sensi Reg (CE)853/04 revisionate	IAOA	10	10	nota dell'11/05/2020 revisionate tutte le check list e testate nel corso di un audit a fine 2019 obiettivo parzialmente raggiunto (fine 2019 non è 30/11/2019)	7,5	☹️	7,5	☹️
	4	<p>revisione delle procedure :            - gen_DPR_IAOA_PR_riconoscimenti_853_2004 Rev. 1.7            -gen_DPR_IAOA_PR_Ispezione carni fresche rev 3.0            Procedura Ispezione carni rosse al macello            -gen_SAL_PR_CU: controlli ufficiali_1.0            Controlli ufficiali sulla base del rischio (Per la parte relativa agli stabilimenti riconosciuti)</p> <p>predisposizione Istruzioni Operative per la SC IAOA ad addendum delle procedure            - gen_DPR_IAN-SA-IAOA_PR_Sistema di allarme_2.0            -Procedura Sistema di Allarme Rapido per Alimenti e mangimi            gen_DPR_PR_certificazioni_1.0            Modalità di emissione dei certificati</p>	<p>procedure revisionate :            -gen_DPR_IAOA_PR_riconoscimenti_853_2004 Rev. 1.7            -gen_DPR_IAOA_PR_Ispezione carni fresche rev 3.0            Procedura Ispezione carni rosse al macello            -gen_SAL_PR_CU: controlli ufficiali_1.0            Controlli ufficiali sulla base del rischio (Per la parte relativa agli stabilimenti riconosciuti)</p> <p>Istruzioni operative predisposte per:            - gen_DPR_IAN-SA-IAOA_PR_Sistema di allarme_2.0            Procedura Sistema di Allarme Rapido per Alimenti e mangimi            -gen_DPR_PR_certificazioni_1.0            Modalità di emissione dei certificati</p>	<p>al 31/12 revisione delle procedure: -            gen_DPR_IAOA_PR_riconoscimenti_853_2004 Rev. 1.7            Istruzioni operative predisposte per: -gen_DPR_IAN-SA-IAOA_PR_Sistema di allarme_2.0            -Procedura Sistema di Allarme Rapido per Alimenti e mangimi            -gen_DPR_IAOA_PR_Ispezione carni fresche rev 3.0            Procedura Ispezione carni rosse al macello            -gen_SAL_PR_CU: controlli ufficiali_1.0            Controlli ufficiali sulla base del rischio (Per la parte relativa agli stabilimenti riconosciuti) Istruzioni operative predisposte per:            -gen_DPR_IAN-SA-IAOA_PR_Sistema di allarme_2.0            Procedura Sistema di Allarme Rapido per Alimenti e mangimi            - gen_DPR_PR_certificazioni_1.0            Modalità di emissione dei certificati</p>	IAOA più verbale Audit Sistema Regionale	15	15	nota dell'11/05/2020 con nota id 66841946 del 30/05/2019 sono state assegnate ai dirigenti le procedure da revisionare (9 procedure) al 31/12/2019 tutte le procedure sono state revisionate obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Anticorruzione e trasparenza	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>97,5</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Sanità Animale**

**Direttore Dottore Roberto Parodi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi regionali	1	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
Performance	1	Riattivazione dell'attività di sterilizzazione chirurgica dei gatti randagi appartenenti a colonie feline censite da Comuni ai sensi della L.R. 23/2000	Effettuazione di interventi chirurgici di sterilizzazione su gatti randagi maschi e femmina ed identificazione degli stessi tramite microchip	Entro il 30/11/2019 espletamento settimanale di sedute chirurgiche in almeno 39 settimane, cioè almeno nel 75% delle settimane annue	Sanità animale/PPC	15	15	mail dell'8/5/2020 espletamento sedute chirurgiche in oltre il 75% delle settimane sterilizzati e dotati di microchip n. 147 gatti <b>obiettivo raggiunto</b>	15	😊	15	😊
	2	Espletamento dei controlli previsti dalla DGR 27/2017 su tutti i canili pubblici e privati che detengono animali ricompresi nella L.R. 23/2000	Espletamento dell'attività di controllo, compilazione della relativa check list ed invio della stessa al competente Ufficio di A.Li.Sa.	Entro il 30/11/2019 esecuzione del controllo su almeno il 90% delle strutture presenti	Sanità animale/PPC	20	20	mail dell'8/5/2020 controlli espletati sul 100% dei canili e relativa rendicontazione ad A.Li.Sa. <b>Obiettivo raggiunto</b>	20	😊	20	😊
	3	Espletamento del piano biennale di genotipizzazione per l'eradicazione della scrapie ovina classica come da D.M. 25/11/2015	Genotipizzazione tramite l'esecuzione di prelievi sierologici dei soggetti ovini maschi appartenenti agli allevamenti che detengono un numero complessivo di nove o più capi	Entro il 30/11/2019 esecuzione dei controlli di genotipizzazione in almeno il 40% (progetto biennale) degli allevamenti ovini che detengono un numero complessivo di nove o più capi	Sanità animale/PPC	10	10	nota dell'8/5/2020 effettuati prelievi sierologici nel 42% degli allevamenti ovini con 9 o più capi <b>obiettivo biennale che prevedeva almeno il 40% dei controlli per l'anno 2019 obiettivo raggiunto</b>	10	😊	10	😊
	4	Implementazione delle attività previste dalla DGR 1172/2017 relativa alle linee di indirizzo per il controllo della leishmaniosi canina	Espletamento dell'attività di controllo finalizzate al contenimento della leishmaniosi canina.	Entro il 30/11/2019 esecuzione dell'80% dei controlli previsti	Sanità animale/PPC	10	10	espletamento attività di prevenzione della leishmaniosi canina sul oltre il 95% dei cani presenti presso il Canile Sanitario di ASL 3 situato all'interno del Canile del Comune di Genova <b>obiettivo raggiunto</b>	10	😊	10	😊
Performance	5	Proseguimento del piano di sorveglianza negli apiari per Aethina Tumida previsti dal piano ministeriale	Effettuazione di un piano ministeriale finalizzato alla ricerca dell'infestazione parassitaria da Aethina Tumida tramite l'individuazione di nuclei sentinella e l'esecuzione su questi di controlli clinici ogni 15 giorni. Eventuale applicazione della procedura conseguente al riscontro di parassitosi.	Entro il 30/11/2019 esecuzione di almeno l'85% dei controlli clinici quindicinali sui nuclei sentinella di api individuati nel periodo compreso tra maggio ed ottobre.	DS/PPC	15	15	nota dell'8/5/2020 esecuzione del 100% dei controlli clinici sui nuclei sentinella di api individuati nel periodo compreso tra maggio ed ottobre. Completa rendicontazione ad A.Li.Sa. Ed al Centro Referenza Nazionale <b>obiettivo raggiunto</b>	15	😊	15	😊
Progetti	1	Privacy	Vedi scheda allegata		Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. <b>Obiettivo raggiunto</b>	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro**  
**Direttore Dottore Attilio Businelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa. / DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Redazione del "Piano mirato di Prevenzione 2019" avente ad oggetto "Conformità ed uso attrezzature", in particolare sull'uso della impastatrice/mescolatrice	fase 1 Predisposizione del materiale di autovalutazione - attrezzature nel terziario aspetti generali - attrezzatura impastatrice/mescolatrice fase 2 Divulgazione e illustrazione fase 3 attività di controllo	1 fase entro 31/03/2019 2 fase entro 30/06/2019 3 fase entro 30/11/2019	PSAL/DS	15	15	Come da comunicazione mail del 1.6.2020 conservata agli atti le schede informative e di autocontrollo aziendale sono state pubblicate sul sito web A.Li.Sa. A marzo 2019. Le attività di divulgazione ed illustrazione hanno avuto luogo nelle riunioni del 6.2.2019 , 20.2.2019 e 4.4.2019. Il materiale è stato pubblicato sul sito web Asl 3 il 17.4.2020. Entro il 30.11.2019 è stato predisposto un archivio informatico dedicato ai PMP, un foglio di calcolo con le informazioni significative dell'azienda ed una procedura sul gestionale del Dip.Prevenzione. E' stato inoltre effettuato l'invio delle schede di controllo alle 189 aziende controllate.Obiettivo raggiunto.	15	😊	15	😊
	2	Redazione del Piano Mirato "Stress Lavoro Correlato" che riguarderà le aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate presenti sul territorio di competenza.	fase 1 Predisposizione del materiale di autovalutazione - stress lavoro correlato in sanità aspetti generali - elementi di valutazione dello Stress Lavoro Correlato contestualizzati all'Azienda oggetto di verifica fase 2 Divulgazione e illustrazione fase 3 attività di controllo	1 fase entro 31/03/2019 2 fase entro 30/06/2019 3 fase entro 30/11/2019	PSAL/DS	15	15	Come da comunicazione mail conservata agli atti del 1.6.2020 gli indicatori ed i risultati attesi dell'obiettivo coincidono con quelli dell'obiettivo precedente, per cui: le schede informative e di autocontrollo aziendale sono state pubblicate sul sito web A.Li.Sa. A marzo 2019. Le attività di divulgazione ed illustrazione hanno avuto luogo nelle riunioni del 6.2.2019 , 20.2.2019 e 4.4.2019. Il materiale è stato pubblicato sul sito web Asl 3 il 17.4.2020. Entro il 30.11.2019 è stato predisposto un archivio informatico dedicato ai PMP, un foglio di calcolo con le informazioni significative dell'azienda ed una procedura sul gestionale del Dip.Prevenzione. E' stato inoltre effettuato l'invio delle schede di controllo alle 189 aziende controllate.Obiettivo raggiunto.	15	😊	15	😊
	3	Elaborazione di n. 2 procedure ad oggetto: "gestione dei ricorsi avverso il giudizio del medico competente" "Iter procedurale nella gestione delle segnalazioni, esposti, querele a cura dei lavoratori"	Stesura procedure	evidenza procedure entro 30/11/2019	PSAL/DS	20	5	Come da comunicazione mail del 1.6.2020 conservata agli atti entrambe le procedure sono state elaborate nel mese di novembre 2019.Obiettivo raggiunto.	20	😊	5	😊



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro**  
**Direttore Dottore Attilio Businelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	4	Miglioramento qualitativo dei rapporti con il pubblico e della trasparenza comunicativa e monitoraggio dell'attività resa. - Verifica della congruità dei dati del modulo "Verbale di accesso" per le attività di Sorveglianza da parte dei Tdp della S.C. Igiene e Sanità Pubblica, quando non siano utilizzati altri verbali o documenti similari. - Monitoraggio degli accessi alle varie attività da parte di tutti i TdP del Dip. Prevenzione, attraverso il controllo della registrazione degli atti e/o l'utilizzo dei verbali previsti nei vari casi.	Aggiornamento/revisione modulo verbale di accesso. Utilizzo del modulo aggiornato nei casi previsti	Aggiornamento/revisione modulo entro aprile 2019 Almeno nell' 80% dei casi previsti da maggio a dicembre 2019	Responsabile Area Prevenzione /DS	0	15	nota id 71822896 del 10/01/2020 del Direttore della SC Igiene e sanità Pubblica: verbale rivisto e conforme a quanto richiesto dalle esigenze di verbalizzazione. Obiettivo raggiunto.	0	😊	15	😊
	5	Attuazione operatività degli impegni assunti da ASL 3 in seguito alla sottoscrizione del protocollo d'intesa per la ricostruzione del ponte Morandi (11/01/2019) in tema di salute ed incolumità dei lavoratori	partecipazione al tavolo ordinanza 539 c/o Dipartimento Territorio e Ambiente Regione Liguria	partecipazione all'80% delle convocazioni sino al 30 novembre 2019	PSAL/DS	5	0	Come da comunicazione mail del 1.6.2020 conservata agli atti nel periodo fra gennaio e novembre 2019 lo PSAL è stato convocato per la partecipazione a n.5 riunioni (partecipazione del personale PSAL al 100%). Obiettivo raggiunto.	5	😊	0	😊
			Partecipazione tavolo di lavoro c/o Struttura Commissariale	partecipazione all'80% delle convocazioni sino al 30 novembre 2019	PSAL/DS	5	0	Come da comunicazione mail del 1.6.2020 conservata agli atti nel periodo fra gennaio e novembre 2019 lo PSAL è stato convocato per la partecipazione a n.20 riunioni (partecipazione del personale PSAL al 100%). Obiettivo raggiunto.	5	😊	0	😊
			Analisi e predisposizione atti conseguenti finalizzati alla verifica della sussistenza delle condizioni di urgenza per le attività di bonifica amianto	rilascio nell'80% dei casi di autorizzazione/integrazione/diniego entro 48% dall'istanza	PSAL/DS	5	5	Come da comunicazione mail del 1.6.2020 conservata agli atti tutte le istanze ( 100% ) di rilascio nulla osta per urgenza su piani di lavoro amianto relativi ad opere di demolizione connesse al progetto di ricostruzione del ponte Morandi sono state istituite nelle 48 ore con rilascio nulla osta o richiesta integrazioni. Obiettivo raggiunto.	5	😊	5	😊
			effettuazione di sopralluoghi equivalenti a cadenza quindicinale (22 da gennaio 2019)	dal 1° gennaio al 30 novembre	PSAL/DS	5	10	Come da comunicazione mail del 1.6.2020 conservata agli atti nel periodo compreso fra gennaio e novembre 2019 sono stati effettuati n.38 sopralluoghi per complessive n.53 ispezioni relative ad attività di demolizione, costruzione o comunque connesse alla realizzazione del nuovo viadotto. Obiettivo raggiunto.	5	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro**  
**Direttore Dottore Attilio Businelli**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	6	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	rispetto cronoprogramma	entro il 30/06 evidenza di invio della documentazione secondo procedura prevista entro il 31/12 evidenza di segnalazione per eventuali anomalie/non conformità del servizio di lavanolo per il materiale in consegna diretta in reparto invio 100% bolle scannerizzate all'indirizzo mail dedicato (della Farmacia) nella giornata di ricevimento della merce	<i>POU/ Prof San</i>	0	5	Email Direttore SC Farmacia Ospedaliera: i tempi per la trasmissione dei DDT da parte dei reparti che ricevono i materiali sanitari direttamente presso le loro sedi sono migliorati rispetto al 2018, ancorché sussistano ancora alcune difficoltà ad avere tali documenti nella stessa giornata del ricevimento dei prodotti . Anche per la Farmacia , che scannerizza comunque tutti i DDT , ci sarebbero difficoltà a reperire la documentazione per cdc in quanto tutti i ddt vengono archiviati per ditta; la documentazione è conservata agli atti. Email SC Professioni Sanitarie : il 100% delle strutture a cui è stato assegnato l'obiettivo di budget 2019 ha rispettato i tempi previsti per l'invio della documentazione e ha correttamente segnalato anomalie e non conformità. Obiettivo raggiunto	0	😊	5	😊
<i>Progetti</i>	1	Privacy	Vedi scheda allegata		<i>Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		<i>RPCT</i>	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Popolazione a rischio**













Responsabile Dottoressa Viviana Mauro dall'1/1/2019 al 5/6/2019 - dal 6/6/2019 al 31/12/2019 a scavalco sul Direttore Dipartimento di Prevenzione Dott.ssa Tiberia Boccardo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi regionali	1	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Realizzazione obiettivi screening mammario	% di donne invitate a screening mammario in anno 2019rispetto alla popolazione bersaglio anno 2019 (dato ISTAT)	100 % della popolazione bersaglio 2019 (dato ISTAT)	Popolazione a rischio/ds	10	10	Come da comunicazione mail del 26.5.2020 conservata agli atti a fronte di una popolazione bersaglio di 52.872 assistite in fascia di età 50 - 69 anni sono state invitate 52.913 donne, pari al 100% della popolazione bersaglio 2019. Obiettivo raggiunto.	7,5	😊	7,5	😊
			% di donne che partecipano allo screening mammario rispetto alle donne invitate nel 2019	≥ 61 % (valutazione da 1/5/2019)				Come da comunicazione mail del 26.5.2020 conservata agli atti la % di assistite che hanno partecipato allo screening mammario ( 30.936) rispetto alle donne invitate nel 2019 ( 52.613) ha raggiunto il 59 %. Obiettivo parzialmente raggiunto.				
	2	Realizzazione obiettivi screening cervice uterina	% di donne invitate a screening del tumore della cervice uterina in anno 2019rispetto alla popolazione bersaglio anno 2019 (dato ISTAT)	100 % della popolazione bersaglio 2019 (dato ISTAT)	Popolazione a rischio/ds	10	10	Come da comunicazione mail del 26.5.2020 conservata agli atti a fronte di una popolazione bersaglio di 61.459 assistite in fascia di età 25 - 64 anni sono state invitate 61.158 donne pari al 100% della popolazione bersaglio anno 2019. Obiettivo raggiunto.	7,5	😊	7,5	😊
			% di donne che partecipano allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate nel 2019	≥ 49 % (valutazione da 1/5/2019)				Come da comunicazione mail del 26.5.2020 conservata agli atti la % di assistite che hanno partecipato allo screening della cervice uterina (18.763) rispetto alle donne invitate nel 2019 (61.158) ha raggiunto il 31%. Obiettivo non raggiunto.				

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Popolazione a rischio**

Responsabile Dottoressa Viviana Mauro dall'1/1/2019 al 5/6/2019 - dal 6/6/2019 al 31/12/2019 a scavalco sul Direttore Dipartimento di Prevenzione Dott.ssa Tiberia Boccardo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	3	Realizzazione obiettivi screening colon retto	% persone invitate a screening del colon retto in anno 2019 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2019 (dato ISTAT)	100 % della popolazione bersaglio 2019 (dato ISTAT)	Popolazione a rischio/ds	10	10	Come da comunicazione mail del 26.5.2020 conservata agli atti a fronte di una popolazione bersaglio di 102.325 persone di ambo i sessi in fascia di età 50 -69 anni sono state invitate 101.824 persone pari al 100% della popolazione bersaglio 2019. Obiettivo raggiunto.	7,5		7,5	
			% persone che partecipano allo screening del tumore del con retto rispetto alle donne invitate nel 2019	≥ 46 % (valutazione da 1/5/2019)				Come da comunicazione mail del 26.5.2020 conservata agli atti la % di persone che hanno partecipato allo screening del colon retto ( 33.884) rispetto alle persone invitate nel 2019 (101.824) ha raggiunto il 33%. Obiettivo non raggiunto.				
	4	Screening cervic: miglioramento adesione con attivazione servizio recall	% di donne che hanno ricevuto appuntamento indagine di secondo livello nel 2019	≥ 55% chiamate effettuate/ donne rispondenti	Popolazione a rischio/ds	10	10	Come da comunicazione mail del 26.5.2020 conservata agli atti la % delle chiamate effettuate/donne rispondenti nel 2019 si è attestata al 69,9 %. Obiettivo raggiunto.	10		10	
	5	Screening cervic: riduzione tempi d'attesa approfondimento secondo livello	% donne che hanno ricevuto appuntamento indagine di secondo livello nel corso del 2019	≥ 45 % appuntamenti a 30 giorni	Popolazione a rischio/ds	10	10	Come da comunicazione mail del 26.5.2020 conservata agli atti nel 2019 sono state effettuati 617 approfondimenti di secondo livello a seguito di test di primo livello risultati positivi. Di questi 342 sono stati effettuati entro 30 giorni dalla data di conclusione di primo livello, pari al 55,4 % degli appuntamenti a 30 giorni. Obiettivo raggiunto.	10		10	
	6	Screening colon retto	Offerta nei 30 gg dopo SOFT positivo pari ad almeno l'80 % degli aderenti	≥80 % degli aderenti con offerta nei 30 gg post SOFT +	Popolazione a rischio/ds	20	20	Come da comunicazione mail del 26.5.2020 conservata agli atti nel 2019 sono stati effettuati 997 approfondimenti di secondo livello a seguito di test di primo livello risultati positivi. Di questi 910 sono stati effettuati entro 30 giorni dalla data di conclusione di primo livello, pari al 91,2 % degli aderenti con offerta nei 30 giorni SOFT positivi. Obiettivo raggiunto.	20		20	
Progetti	1	Privacy	Vedi scheda allegata		Affari generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>92,5</b>		<b>92,5</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.S.D. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche

Responsabile Dottor Maurizio Farina

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Verificare la presenza e la diffusione dell'agente patogeno <i>Campylobacter</i> spp nella filiera del latte sul territorio della ASL 3 Genovese: nel corso dell'anno 2019 si provvederà ad istituire un tavolo tecnico con i colleghi dell'IZSPLV (e, se del caso, della SC IAOA) al fine di valutare la fattibilità e le modalità di un piano di campionamento da attuare presso le aziende produttrici di latte.	Realizzazione di almeno due incontri di coordinamento tra gli attori coinvolti	Redazione di linee guida per le aziende agricole (operatori primari) produttrici di latte per 1) limitare la contaminazione del latte 2) attuare misure correttive in caso di positività al germe.	Direzione Dip/DS	20	20	nota id. 73360699 del 24/03/2020 attuazione obiettivo attraverso n. 2 incontri con IZS Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta: è stata effettuata la dovuta campionatura per la ricerca dell'agente patogeno, ricerca che ha dato esito negativo. Sono state elaborate linee guida semplificate per le aziende agricole per limitare la contaminazione del latte e attuare misure correttive in caso di positività al germe	20	😊	20	😊
	2	In collaborazione con la SC IAOA e l'Associazione Regionale Allevatori del Piemonte organizzare piani di miglioramento nella filiera del latte con corsi di formazione dedicati alle aziende produttrici primarie ed aziende collegate, al fine di mantenere costante e condiviso, ognuno per le proprie competenze, il monitoraggio sulle attività correlate alla produzione, trasformazione e commercializzazione del latte.	Organizzazione/partecipazione di eventi formativi tra Enti coinvolti e imprese primarie e correlate	Partecipazione ad almeno 1 corso di formazione/aggiornamento	Direzione Dip/DS	15	15	nota id. 73360699 del 24/03/2020 Partecipazione e supporto per l'organizzazione di n. 2 corsi ad oggetto la filiera del latte tenutisi in data 24/05/2019 e 20/06/2019	15	😊	15	😊





**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.S.D. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche

Responsabile Dottor Maurizio Farina

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	3	Al fine di promuovere il benessere degli animali, anche per ridurre i trattamenti terapeutici e conseguentemente garantire la sicurezza degli alimenti derivati, effettuare controllo sul benessere delle galline ovaiole e polli da carne (broiler) negli allevamenti commerciali di uova e polli da carne (Regolamento CE 267/2003).	Attività di controllo ufficiale sugli allevamenti con > 50 capi (galline ovaiole) e > 250 (polli da carne) registrati in BDN	Attuazione di almeno il 90% del programma		20	20	nota id. 73360699 del 24/03/2020 Controlli Ufficiali programmati n. 9 eseguiti n. 10 controlli ufficiali in 8 allevamenti per un totale di n. 11 ispezioni negli allevamenti indicati	20	😊	20	😊
<i>Performance</i>	4	Con la collaborazione dei TdP effettuare controllo ufficiale su <b>Operatori del Settore Mangimi (OSM)</b> registrati ai sensi del Reg. CE 183/2005 art. 5 comma 2 utilizzando apposita check list	Attività di controllo ufficiale su n. 20 OSM registrati di allevamenti	Attuazione di almeno il 90% del programma		15	15	nota id. 73360699 del 24/03/2020 controlli ufficiali programmati n. 20 controlli ufficiali eseguiti 20 di cui 15 effettuati dai tecnici della prevenzione	15	😊	15	😊
<i>Progetti</i>	1	Privacy	Vedi scheda allegata		Affari Generali	10	10	nota id. 73360699 del 24/03/2020 frequenza corso di tutti gli addetti (3) della struttura audit in data 15/10/2019 nessun corso attivato per registro trattamenti, pertanto non è stato possibile attestare la frequenza obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		PRPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Funzione Amministrativa**  
**Responsabile Dott.ssa Angela Pantuso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	1	Ottimizzazione dell'attività sanzionatoria di illeciti amministrativi, mediante emissione, da parte del competente settore "Sanzioni Amministrative" della S.S.D., di ordinanze-ingiunzioni di pagamento dei verbali rimasti insoluti, anticipatamente rispetto al termine di prescrizione quinquennale sancito per legge, con conseguente miglior rapporto con l'utente sanzionato (sia in fase istruttoria, sia in fase di pagamento) e maggiore recupero del credito.	Numero di verbali analizzati e gestiti / numero di verbali elevati dai soggetti preposti, con riferimento all'anno 2016 (oltre 10% residuo anno 2015), sulla base dei seguenti indicatori numerici: Verbali di contestazione complessivamente elevati dai soggetti interni (Strutture ASL) ed esterni (Comune, NAS, Capitaneria di Porto, Guardia Forestale, etc.) nell' anno 2016 : n. 571 Verbalì 2016 con intervenuto pagamento delle delle sanzioni comminate: n. 170 Verbalì 2016 senza intervenuto pagamento delle sanzioni comminate: n. 401 Verbalì 2015 (10% residuo) : n. 30	Effettuazione, al 31.12.2019, dell' attività relativa alla gestione dell'80% dei verbali elevati nell' anno 2016 e non pagati (n. 321), mediante emissione di ordinanze-ingiunzioni e/o atti di annullamento/ archiviazione delle sanzioni elevate dai soggetti preposti, anteriormente al termine di prescrizione, previsto per l' anno 2021. Completamento dell'attività relativa alla gestione del residuo 10% dei verbali elevati nell' anno 2015 e non pagati (n. 30). Ripartizione trimestrale dei volumi di attività programmata, con eventuale incremento e/o decremento degli stessi, nelle medesime fasi temporali, in funzione della maggiore/ minore incidenza delle altre attività connesse alla gestione della Struttura ed agli ulteriori Obiettivi aziendali assegnati.	S.C. Bilancio	20	20	Come da comunicazione del 19.5 alla data del 01/01/2019 i verbali relativi all'anno 2016 non pagati erano 401. Ad essi devono aggiungersi 30 verbali relativi all'anno 2015 da completare. Devono inoltre aggiungersi n. 10 verbali relativi all'anno 2015 in materia di fumo. Pertanto i verbali da analizzare nel corso dell'anno 2019 risultano complessivamente 441. Nel corso dell'anno 2019 sono stati analizzati e lavorati (ordinanze ingiunzione-archiviazione) numero 360 verbali a fronte dei 353 necessari per il raggiungimento dell'obiettivo. Obiettivo raggiunto.	20		20	
	2	Prosecuzione degli incontri/comunicazioni con A.Li.Sa. /Gruppo di Lavoro regionale, costituito nel 2018 a seguito L.R. 9/2017, e predisposizione di incontri/comunicazioni interne di approfondimento con la S.C. Igiene Pubblica e le altre Strutture az.li interessate alla materia, ai fini dell'operatività della deliberazione A.Li.Sa. n. 125/2018 "Approvazione regolamento sulle modalità di esercizio della funzione ispettiva e sanzionatoria di cui agli artt. 14 e 17 L.R. n. 9/2017" di attuazione e regolamentazione Legge Regione Liguria n. 9 del 11 maggio 2018, ad oggetto "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, pubbliche e private". Effettuazione dell'attività istruttoria e degli adempimenti correlati alla suddetta normativa, ivi compresa la redazione di ordinanze ingiunzioni, sulla base delle modalità e tempistiche sancite nell'ambito della Procedura Operativa Regionale, in fase di approvazione da parte di A.Li.Sa.	Numero Comunicazioni/incontri con i soggetti esterni ed interni interessati alla materia, programmati per il primo semestre dell'anno in corso, con successiva articolazione nel corso del 2019, in corrispondenza dell' emanazione, da parte di A.Li.Sa. o a seguito disposizioni regionali, di ulteriori atti e/o iniziative in materia. Numero di atti esaminati e predisposti, ai sensi della citata normativa e connessa regolamentazione.	Effettuazione, entro i termini prefissati, della attività di comunicazione/condivisione con i soggetti interessati della regolamentazione predisposta da A.Li.Sa./Gruppo di lavoro regionale, con eventuali successivi aggiornamenti in corrispondenza dell' emanazione di ulteriori atti e/o iniziative regionali in materia. Si prevedono almeno 2 incontri con predisposizione delle relative comunicazioni e documentazione. Effettuazione di attività istruttoria e documentale, emissione ordinanze - ingiunzioni in ottemperanza alle disposizioni richiamate.	SSD Funzione Amministrativa	20	20	Come da comunicazione del 19.5 con delibera del Direttore Generale è stata recepita la procedura operativa e la relativa modulistica concernente la gestione del procedimento sanzionatorio conseguente alla attività di vigilanza. Con nota ID n. 24/05/2019 la procedura è stata inviata a tutti i servizi interessati (All.1) e successivamente in data 8 Novembre 2019 è stato tenuto un incontro illustrativo a tutti i Soggetti coinvolti nelle attività di controllo e accertamento di cui alla l. 9/2017 (All.2). Obiettivo raggiunto.	20		20	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Funzione Amministrativa**  
**Responsabile Dott.ssa Angela Pantuso**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
performance	3	Condivisione degli Obvtvi, per gli aspetti giuridico amministrativi/organizzativi di afferenza della S.S.D. Funz. Amm.va , proposti dalle SS.CC. Dipartimentali Igiene Alimenti di Origine Animale e Igiene Alimenti e Nutrizione, in materia registrazione/notifica, anche a mezzo PEC (I.A.N.), dei verbali sanzionatori di illeciti amministrativi accertati e contestati dal personale dirigente e di comparto in forza alle Strutture stesse ed emissione di istruzioni operative al personale (I.A.O.A.).	<b>Numero di pratiche pervenute</b> dalle Strutture proponenti e <b>gestite</b> , per la parte giuridico organizzativa di competenza, dalla SSD Funzione Amm.va.	Effettuazione, nel periodo di riferimento (entro il 31.12.2019 e comunque nel rispetto della calendarizzazione fissata dalle Strutture proponenti ), delle seguenti attività: ricezione documenti , accettazione degli stessi mediante protocollo informatico, registrazione su file degli atti pervenuti , stampa per relativa archiviazione a fascicolo cartaceo, disamina degli aspetti giuridico organizzativi ed adempimenti correlati alla documentazione trasmessa ed alle problematiche evidenziate dalle Strutture.	D.S./Dipartimento di Prevenzione	20	20	Come da comunicazione del 19.5 in data 17/10/2020 è stata revisionata la procedura dipartimentale relativa alla gestione delle non conformità nei C.U. è stata disciplinata la modalità di registrazione e notifica (anche a mezzo pec) dei verbali di accertamento. Nel corso dell'anno 2019 i verbali di accertamento sono stati trasmessi in via telematica alla SSD Funzione Amministrativa che ha proceduto alla stampa e alla relativa registrazione e archiviazione . Relativamente all'anno 2019 sono stati registrati 648 verbali di accertamento. Laddove sono state rilevate irregolarità nei verbali o nelle notifiche, sono state segnalate agli organi accertatori e risolte. Obiettivo raggiunto.	20	😊	20	😊
Progetti	1	Privacy	vedi scheda allegata		<i>Affari Generali</i>	10	10	Come da monitoraggio conservato agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	vedi scheda allegata		<i>RPCT</i>	10	10	Come da monitoraggio conservato agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	😊	10	😊
	3	Redazione dei percorsi finalizzati alla certificabilità (progetto iniziato nel 2018)	redazione percorsi secondo il programma predisposto	esistenza percorsi formulati secondo il cronoprogramma	<i>PPC</i>	20	20	Come da comunicazione del 14.5 sono stati redatti 3 percorsi finalizzati alla certificabilità. Obiettivo raggiunto.	20	😊	20	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Epidemiologia e Promozione della Salute**  
**Responsabile Dottor Claudio Culotta**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
flussi e indirizzi regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Performance	1	Garantire la sostenibilità dei sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'argento a livello aziendale	Numero interviste effettuate e trasmesse al gruppo tecnico di coordinamento nazionale	Almeno 230 interviste per Passi e 120 per Passi d'argento entro 30/11/2019	DS/PPC	10	10	Come da comunicazione mail del 18.5 il numero delle interviste per Passi e Passi d'Argento è stato superato alla data del 30/11. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	2	Predisporre i profili di salute dei sei DSS (utilizzando fra l'altro i dati dei sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'argento) e condividerli con i Direttori dei DSS e gli altri portatori di interesse a livello distrettuale, al fine di implementare ulteriori interventi di promozione della salute nel setting comunitario	Pubblicazione dei Profili di salute sul sito aziendale e condivisione, a livello distrettuale, con i portatori di interesse	Entro il 30 giugno pubblicazione sul sito aziendale dei profili di salute dei sei DSS e iniziale condivisione con i Direttori dei Distretti; entro il 30 novembre condivisione approfondita e aggiornamento partecipato del profilo di salute in almeno un Distretto, attraverso l'organizzazione di uno o più incontri che coinvolgano i principali portatori di interesse a livello distrettuale (con particolare riferimento ai rappresentanti dei MMG e dei PLS e alle loro AFT) e che definiscano nuove iniziative di formazione e promozione della salute condivise	Dip Prevenzione	10	10	Come da comunicazione mail del 18.5 sono stati realizzati e pubblicati sul sito Asl3 i profili di Salute dei 6 Distretti Sociosanitari, inoltre sono stati svolti incontri con il Distretto 8 che ha coinvolto i maggiori portatori di interesse a livello distrettuale (rappresentanti MMG e dei PDS e alle loro AFT). obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Predisporre un PDTA ( percorso diagnostico terapeutico assistenziale) relativo alla prevenzione del sovrappeso/obesità e della sindrome metabolica.	Costituzione di un gruppo di lavoro dedicato alla definizione del PDTA e stesura del PDTA	Costituzione di un gruppo di lavoro dedicato alla definizione del PDTA entro il 30/06/2019. Entro il 30/11/2019 stesura dettagliata del PDTA.	Dip Prevenzione	15	15	Come da comunicazione mail del 18.5.2020 il gruppo di lavoro dedicato alla definizione del PDTA è stato costituito in data 23.5. In sede di discussione si è preferito orientare il PDTA sull'obesità della donna in gravidanza Obiettivo parzialmente raggiunto in considerazione del fatto che è stata portata avanti tutta la fase di studio dei contenuti ma non c'è ancora il PDTA definitivo obiettivo non raggiunto	0	😞	0	😞
Performance	4	Coordinare la rilevazione 2019 di Okkio alla Salute a livello aziendale, in collaborazione con la SSD Consultorio familiare e la SC Igiene degli alimenti e della nutrizione	Realizzazione dell'indagine nelle classi campionate	Raccolta dati antropometrici e relativi agli stili di vita degli alunni di almeno 90% classi campionate (25 classi) entro il 30/11/2019	DS/PPC	10	10	Come da mail del 11.6.2020 del Direttore della struttura conservata agli atti entro il 30/11/2019 sono stati raccolti i dati antropometrici e quelli relativi agli stili di vita degli alunni delle 25 classi campionate (100% Classi Bambini 99.5% ) Nelle classi campionate sono state effettuate le misurazioni dei bambini , raccolti i questionari ed inserite le risposte agli stessi nella piattaforma di OKKIO alla salute . Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	5	Realizzare a livello aziendale il coordinamento necessario a raggiungere gli obiettivi del PRP 2014-2019	Numero incontri di coordinamento a livello aziendale, finalizzati al raggiungimento e alla verifica finale degli obiettivi del PRP, rimodulati in occasione della proroga al 2019 del PRP 2014-2018	Almeno due incontri del gruppo di lavoro aziendale relativo al coordinamento delle attività previste dal PRP nel setting scolastico e due incontri del gruppo di lavoro relativo al coordinamento delle attività previste dal PRP per il Dipartimento di prevenzione	DS/PPC	15	15	Come da comunicazione mail del 18.5 sono stati realizzati due incontri del gruppo di coordinamento aziendale delle attività del PRP nel setting scolastico anche in relazione al ruolo svolto dalla Struttura all'interno del tavolo del "setting scolastico in ALISA e due incontri per le attività previste dal PRP 2014/2018 . Obiettivo raggiunto.	15	😊	15	😊









**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Epidemiologia e Promozione della Salute**  
**Responsabile Dottor Claudio Culotta**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	6	Implementare ulteriormente il progetto WHP a livello aziendale e iniziare ad estenderlo ad aziende o enti esterni alla Asl	Numero di incontri di coordinamento a livello aziendale e numero di incontri informativi e di programmazione con aziende o enti esterni alla Asl	Almeno un incontro di coordinamento a livello aziendale con rendicontazione dell'attività svolta e programmazione di nuove iniziative; almeno un incontro informativo e di "analisi di fattibilità" con aziende o enti esterni alla Asl	DS/PPC	10	10	Come da comunicazione mail del 18.5 la mancanza di risorse umane all'interno del servizio ha permesso di portare a termine poche collaborazioni con altri Enti esterni. È proseguita la collaborazione Pubblica Istruzione/Regione Liguria/A.Li.Sa per l'offerta formativa regionale 2019-2020 per la salute nelle scuole. Nell'ambito della Promozione della salute sono state svolte azioni sugli operatori aziendali attraverso la partecipazione a diversi Corsi aziendali su alcol / media e marketing sociale. Obiettivo parzialmente raggiunto.	7,5	☹️	7,5	☹️
Progetti	1	Privacy	Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Affari Generali	10	10	Vedi Dipartimento di Prevenzione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione	Obiettivi previsti dalla scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>									<b>82,5</b>		<b>82,5</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Farmaceutica Territoriale**



**Direttore Dottoressa Simona Bottino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	Verifica mensile Flussi traccia inviati da ALISA	verifica mensile dei File Traccia inviati da Alisa vs flusso consumi aziendali : invio relazioni di riconciliazione dei dati	rispetto degli invii delle relazioni di riconciliazione con il flusso traccia inviato da ALISA	SIA/Bilancio	5	5	nota id 73494072 del 30/03/2020 le tempistiche sono state rispettate, tranne un ritardo di 3 gg nell'invio di aprile le relazioni di riconciliazione sono state inviate	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	Implementazione prescrizione farmaci a brevetto scaduto: monitoraggio prescrizione in convenzionata; incidenza % DDD molecole a brevetto scaduto <u>maggiore o uguale</u> rispetto al medesimo indicatore dell'anno 2018	DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio Monitoraggio trimestrale	Monitoraggio trimestrale DDD specialità a brevetto scaduto della molecola oggetto di monitoraggio / DDD totali molecola a monitoraggio	PPC	20	20	nota id 73494072 del 30/03/2020 incremento uso molecole a brevetto scaduto +2,02% monitoraggio trimestrale inviato MMG/PLS/DSS/Direttori Dipartimenti clinici obiettivo raggiunto	20		20	
	2	Incontri con i referenti AFT per l'appropriatezza prescrittiva da svolgersi entro 30 giugno 2019, in modo da poter illustrare gli indirizzi operativi stabiliti dalla Regione con la delibera 7/2019	n. 6 incontri (1 x distretto)	evidenza verbali incontri con referenti AFT entro il 30/06/2019	FARMACEUTICA TERRITORIALE	25	20	nota id 73494072 del 30/03/2020 incontri: 4/6/2019 Dss 10 5/6/2019 Dss 13 e 11 6/6/2019 Dss 9 13/6/2019 Dss 8 27/6/2019 Dss 12 obiettivo raggiunto	25		20	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Farmaceutica Territoriale**





**Direttore Dottoressa Simona Bottino**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	3	monitoraggio Dpc in particolare sull'andamento dell'aggio e n° pezzi erogati	monitoraggio trimestrale su andamento aggio e n. pezzi erogati	evidenza monitoraggio	PPC	25	30	nota id 73494072 del 30/03/2020 monitoraggi trimestrali del 3/6/2019 - 2/8/2019 - 4/11/2019 - 17/2/2020 obiettivo raggiunto	25		30	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Farmaceutica Territoriale









Direttore Dottoressa Simona Bottino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
<i>performance</i>	4	monitoraggio nuova distribuzione per conto diabete a far data dal momento di inizio della sperimentazione	monitoraggio trimestrale	evidenza monitoraggio	PPC			OBIETTIVO NON VALUTABILE IN QUANTO ALISA HA RINVIATO LA SPERIMENTAZIONE IL PUNTEGGIO VIENE RIPARTITO SU OBIETTIVI 2 E 3				
<i>Progetti</i>	1	Privacy	Vedi scheda allegata		Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Gestione rete medici convenzionati aziendali**





**Dottorssa Elena Zambernardi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Punti dirigenza	Punti comparato	risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparato	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	5	5	nota 13826 del 29/01/2020 rispetto flussi	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Performance	1	MMG/PLS: Verifica allegato L	% irregolarità sanate sul numero dei moduli raccolti.	Entro 30.6 ricognizione PEC e invio allegato L a MMG/PLS Entro 30/11 verifica allegati pervenuti e rimozione irregolarità rilevate	20	20	nota 13826 del 29/01/2020 entro il 30/06/2019 inviato allegato L a 515 MMG e 79 PLS (tutti) 356 MMG regolari 26 MMG titolari di doppio rapporto incompatibile 36 MMG esercitano LP conforme 31 MMG non hanno presentato il modello in modo regolare, sono stati sollecitati senza esito per 26 MMG sono stati chiesti chiarimenti per 3 MMG è stato attivato un procedimento disciplinare per i restanti è stato necessario procedere ad accertamenti ulteriori obiettivo parzialmente raggiunto	15		15	
	2	MMG: Riorganizzazione flussi stipendiali	Adeguamento procedure aziendali	Entro 30.11 adozione provvedimento di approvazione delle nuove procedure stipendiali	15	15	determina 2827 del 9/12/2019 con procedura liquidazione competenze MMG/PLS ritardo dal 30/11 al 9/12 obiettivo parzialmente raggiunto	11,25		11,25	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Gestione rete medici convenzionati aziendali**







**Dottorssa Elena Zambenardi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Punti dirigenza	Punti comparato	risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	3	Prosecuzione obiettivo 2018: Rimodulazione delle percentuali di posti dedicati a ciascuna classe di priorità	% di concordanze accertate - per ogni branca specialistica - sul totale delle concordanze ricevute	50% di concordanze accertate	15	15	per n. 9 specialità la concordanza è >85% per classe B per n. 4 specialità la concordanza è > 85% per classe D per n. 3 specialità la concordanza è > 97% per classe P obiettivo raggiunto	15		15	
	4	implementazione ed adesione da parte degli mmg al progetto cronicita'	n. medici che hanno sviluppato almeno un piano di assistenza individuale/n. medici complessivi	incremento del 10% rispetto al dato rilevato nel 2018 ( ricetta rossa con prescrizione "adesione al pai")	10	10	nota 13826 del 29/01/2020 e mail 29/5/2020 dalle quali emerge che il numero dei medici aderenti al PAI è in calo: da 142 del 2018 a 47 nel 2019 obiettivo non raggiunto	0		0	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Gestione rete medici convenzionati aziendali**

**Dottorssa Elena Zambernardi**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	5	Trasporti sanitari: controllo flussi	% verifiche svolte sul totale delle PPAA e CRI	Almeno 2 controlli annuali per ogni PPAA e CRI	10	10	i controlli anno 2019 hanno determinato un recupero di € 22.733 su rimborsi spese già erogati obiettivo raggiunto	10		10	
Progetti	1	Privacy	Vedi scheda allegata	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	10		10		10	
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>					<b>100</b>	<b>100</b>		<b>81,25</b>		<b>81,25</b>	



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.S.D. Assistenza sanitaria di base, specialistica e farmaceutica





Dottoressa Clara Cordano

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	1	Costituzione ufficio centralizzato per lo scambio elettronico di informazioni in materia di sicurezza sociale di cui al progetto del Ministero della Salute EESSI (Electronic Exchange social security information).	Costituzione dell'Ufficio entro i tempi richiesti dal Ministero(ad oggi 30/06/2019).Report documentale partecipazione ad incontri indetti dal Ministero.Evasione pratiche	Adozione provvedimento di costituzione dell'ufficio entro i tempi richiesti dal Ministero (ad oggi 30/06/2019). Verbali incontri indetti dal Ministero.Evasione 100% delle pratiche pervenute	DSS	15	15	nota id 67842811 del 19/07/2019 e' stato costituito l'Ufficio centralizzato per lo scambio elettronico di informazioni in materia di sicurezza sociale di cui al progetto EESSI del Ministero della Salute (determinazione n. 1685 del 10/7/2019) nessun incontro organizzato dal Ministero obiettivo parzialmente raggiunto	11,25	😐	11,25	😐

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Assistenza sanitaria di base, specialistica e farmaceutica**

**Dottoressa Clara Cordano**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigen za	Punti comp arto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigen za	note	Punti compart o	note
Performance	2	CUP di I e II Livello: incremento delle prestazioni prenotabili attraverso Cup		Entro 31/7/2019 ricognizione prestazioni non a CUP	DSS	10	10	nota id 67842811 del 19/07/2019 nota id 177116 del 30/12/2019 e' stato richiesto ai direttori di Distretto di censire le prestazioni non a CUP tutte le prestazioni risultano inserite a CUP E' stata effettuata la ricognizione delle prestazioni non a CUP delle strutture private nelle quali risulta a CUP il 16% delle prestazioni obiettivo raggiunto	10		10	
			numero di prestazioni erogate che sono state prenotate tramite Cup / numero prestazioni erogate totali	Entro 30/11/2019 ricondurre al 70% le prestazioni prenotate a CUP		15	15	nota id 67842811 del 19/07/2019 nota id 177116 del 30/12/2019 Strutture ASL 3 tutte le prestazioni previste nel PRGLA sono a CUP per quanto attiene le strutture private , nel corso del 2019 sono state fatte numerose riunioni con le Strutture accreditate per le quali si sta procedendo gradualmente a creare le agende e ad inserire a CUP le prestazioni. obiettivo raggiunto	15		15	

### SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.S.D. Assistenza sanitaria di base, specialistica e farmaceutica









Dottoressa Clara Cordano

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigen za	Punti comp arto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigen za	note	Punti compart o	note
Performance	3	Riduzione tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali	Rispetto delle classi di priorità B e D Contenimento dei tempi di attesa almeno per il 95% delle richieste	Formulazione report mensile su andamento dell'offerta interna e da erogatori privati in collaborazione con S.S.D. Valutazione dell'attività ospedaliera e dei soggetti	DSS	10	10	il monitoraggio è stato effettuato in ottemperanza alle indicazioni di A.Li.Sa. Sia per quanto riguarda le prestazioni ASL che per quelle del privato accreditato	10	😊	10	😊
				Evidenza di monitoraggio continuo e di azioni correttive entro luglio 2019 in collaborazione con S.S.D. Valutazione dell'attività ospedaliera e dei soggetti erogatori esterni per monitoraggio e indicazioni operative rivolte agli erogatori privati		20	20	per le azioni attivate si rinvia alla relazione agli atti. Le stesse sono state conformi a quanto indicato da A.Li.Sa. obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
Progetti	1	Privacy	Vedi scheda allegata		Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>96,25</b>		<b>96,25</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

Dipartimento Giuridico

Direttore Avvocato Rosa Placido

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Indirizzi Regionali	1	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
	1	Coordinamento del processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	PPC	75	75	id 72539095 del 12/2/2020 (Avvocatura) id 74804031 del 11/5/2020 (personale) mail del 3/3/2020(Formazione) id 72200152 del 29/1/2020 (Affari Generali) relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	75		75	
Progetti	2	Privacy	v. scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	3	Trasparenza e Anticorruzione	v. scheda allegata		RCPT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Avvocatura**

**Direttore Avvocato Rosa Placido**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Indirizzi Regionali	1	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Progetti	1	Consolidamento procedura PAC recupero crediti. Razionalizzazione processi grazie a condivisione attività mediante eventuale elaborazione file condiviso	Gestione mensile di n. 15/20 pratiche trasmesse da S.C. Bilancio	Implementazione e consolidamento procedura aziendale recupero crediti e lavorazione del 100% pratiche recupero trasmesse dalla S.C. Bilancio	Bilancio	20	20	nota id 72539095 del 12/02/2020 si è proceduto, di concerto con SC Bilancio, alla creazione di una cartella condivisa nella quale inserire le pratiche inevase le pratiche inviate da Bilancio per la gestione sono state gestite per il recupero si è proceduto al recupero relativo a pratiche anni precedenti (pratiche con criticità) procedendo a recuperi personalizzati obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
	2	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi delle note pro forma	Riduzione tempi pagamento	Liquidazione nota pro forma entro 30 giorni	Bilancio	20	20	nota id 72539095 del 12/02/2020 sono state liquidate n. 9 note pro forma per parcelle di legali entro il termine dei 30gg un'unica pratica, pervenuta prima della formalizzazione del bdg. è stata liquidata oltre i 30 gg. Per necessari accertamenti in merito alla congruità della stessa. obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
	3	Migrazione della procedura Amministrativo - Contabile	Rispetto tempi Alisa e normativa	Evidenza della migrazione della procedura sulla base della tempistica che verrà indicata da A.Li.Sa	Bilancio	15	15	nota id 72539095 del 12/02/2020 Partecipazione alla fase di formazione in data 30/09 - 1/10 predisposizione elenco di prestazioni che saranno oggetto di ordinativi telematici tramite NSO obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Avvocatura**







**Direttore Avvocato Rosa Placido**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	4	Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	relazione SSD Qualità organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
	5	Privacy	v. scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	6	Trasparenza e Anticorruzione	v. scheda allegata		RCPT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane**

**Direttore Dottoressa Cecilia Solari**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Sforamenti rispetto alla tempistica assegnata	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa. / Regione	SIA/PPC	5	5	vedi scheda Obiettivi A.Li.Sa obiettivo raggiunto	5		5	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	v. scheda allegata		PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5		5	
	1	Realizzazione del Piano delle assunzioni come da scadenziario programmato e condiviso con le strutture complesse e dipartimentali.	Rispetto dello scadenziario	Realizzazione Piano Assunzione secondo lo scadenziario	BILANCI O/PPC	5	5	schema excel allegato a nota id 74804031 dell'11/5/2020 che indica il n. delle assunzioni effettuate nell'anno 2019 la tempistica è stata concordata con l'Alta Direzione obiettivo parzialmente raggiunto in quanto le assunzioni sono state realizzate, ma manca il previsto scadenziario	3,75		3,75	
		Inserimento dati del neo assunto su Ascot Web a partire dagli assunti 2019	Aggiornamento Ascot Web relativamente agli assunti 2019	100% dei neo assunti inseriti su Ascot				nota id 74804031 dell'11/5/2020 inserimento del 92% del personale neo assunto obiettivo parzialmente raggiunto				

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane**

**Direttore Dottoressa Cecilia Solari**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	2	Riduzione dei tempi di pagamento delle fatture passive	Riduzione tempi pagamento	Liquidazione o parere di competenza entro 30 giorni dalla richiesta	Bilancio	10	10	nota id 74804031 dell'11/5/2020 il parere di competenza della Struttura è sempre stato espresso nei tempi previsti obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Migrazione della procedura Amministrativo - Contabile	Rispetto tempi Alisa e normativa	Evidenza della migrazione della procedura sulla base della tempistica che verrà indicata da A.Li.Sa	Bilancio	10	10	nota id 74804031 dell'11/5/2020 Struttura non interessata per l'anno 2019 alla migrazione dei dati obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	4	Rispetto del livello dei costi del personale e compilazione delle schede correlate alla definizione degli standard di personale	Livello dei costi del personale da CE come definito dalla DGR di approvazione dei fabbisogni di personale	non superamento del tetto di spesa individuato dalla DGR di approvazione dei fabbisogni del personale	Bilancio	10	10	nota id 74804031 dell'11/5/2020 il tetto di spesa previsto dalla DGR 99/2019 e rivisto dalla DGR 704/2019 è stato rispettato e rendicontato mensilmente alla SC Bilancio per la redazione dei CE mensili obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	5	Formalizzazione nuovo assetto incarichi di funzione	Predisposizione regolamento	Entro il 31/05/2019 evidenza nuovo assetto organizzativo incarichi di funzione	PPC	10	10	nota id 74804031 dell'11/5/2020 entro il 31/5/2019 è stato definito il nuovo assetto degli incarichi di funzione con deliberazione n. 292 del 26/6/2019 è stato adottato il Regolamento sugli incarichi di funzione obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	6	Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	relazione SSD Qualità organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane**









**Direttore Dottoressa Cecilia Solari**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	7	Privacy	v. scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	8	Trasparenza e Anticorruzione	v. scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	7,5	😐
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>95</b>		<b>95</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Affari Generali









Direttore Avvocato Giovanna Depetro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparato	note
Indirizzi regionali	1	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
Progetti	1	studio e progettazione, di concerto con il SIA, di un programma per l'archiviazione dei sinistri aziendali	redazione di specifiche per la realizzazione del sistema web service per archiviazione e gestione sinistri	entro il 30/06/2019 fornitura specifiche dell'applicativo	PPC/SIA	15	15	nota id n. 72200152 del 29/01/2019 redazione specifiche tecniche programma inviata al SIA con id n. 6727818 del 11/06/2019 obiettivo raggiunto	15		15	
	2	Revisione di procedure aziendali in tema di: 1. Regolamento Contratti rogati in forma pubblica 2. modello di regolamento dipartimenti	proposte deliberative secondo lo scadenziario	1. modello regolamento dipartimenti entro 31/10/2019 2. Regolamento Contratti rogati in forma pubblica: proposta deliberazione entro il 31/12/2019	PPC	15	15	nota id n. 72200152 del 29/01/2019 1. trasmessa bozza regolamento su Dipartimenti in data 2/7/2019 mancata formalizzazione per disposizione della direzione strategica (riorganizzazione dipartimento) 2. regolamento contratti rogati in forma pubblica adottato con deliberazione n. 589 del 12/12/2019 obiettivo raggiunto	15		15	
	3	Migrazione della procedura Amministrativo - Contabile	Rispetto tempi Alisa e normativa	Evidenza della collaborazione per gli ambiti di competenza finalizzata alla migrazione della procedura sulla base della tempistica che verrà indicata da A.Li.Sa	Bilancio	15	15	nota id n. 72200152 del 29/01/2019 Struttura non interessata per l'anno 2019 alla migrazione dei dati obiettivo raggiunto	15		15	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.C. Affari Generali

Direttore Avvocato Giovanna Depetro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparato	note
	4	Ottimizzazione dei processi di protocollo generale e gestione documentale dei provvedimenti amministrativi	Analisi dei processi relativi a protocollo e gestione delibere e formulazione di proposte operative di miglioramento	Raccolta delle proposte migliorative indicate dai dipartimenti tecnico amministrativi interessati	Direzione Strategica	15	15	nota id n. 72200152 del 29/01/2019 la raccolta delle proposte è stata effettuata obiettivo raggiunto	15		15	
Progetti	6	Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	15	15	relazione SSD Qualità organizzativa obiettivo raggiunto	15		15	
Progetti	7	Privacy	Vedi scheda allegata		RPD	10	10	nota id n. 177545 del 30/12/2019 contenente la relazione annuale RPD. Monitoraggio sistema privacy effettuato. Obiettivo raggiunto	10		10	
	8	Trasparenza e Anticorruzione	Vedi scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Aggiornamento e Formazione**  
**Direttore Dottoressa Veneranda Guida**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi regionali	1	Flussi	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa./Regione	SIA/PPC	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. <b>Obiettivo raggiunto</b>	5	😊	5	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
Progetti	1	Rafforzamento e sviluppo delle competenze del personale amministrativo, finalizzate al miglioramento dei processi di supporto, in particolare: 1. Corso per attività di segreteria nelle procedure concorsuali 2. Corso base sui principi normativi vigenti nell'ambito delle principali attività della P.A.	Evidenza percorsi formativi progettati e realizzati	1. attività formativa conclusa entro il 30.06.2019 2. attività formativa conclusa entro il 31.12.2019	PPC	20	20	mail del 3/3/2020 1. A.Li.Sa. in fase di revisione dei propri indirizzi strategico-operativi ha stabilito di accentrare le funzioni afferenti alle procedure concorsuali, quindi si è reso necessario sospendere la realizzazione del corso per attività di segreteria nelle procedure concorsuali in attesa del definitivo assetto in materia; tale decisione è stata concordata in sede di riunione con il Dipartimento Giuridico. 2. Il corso base sui principi normativi vigenti nell'ambito delle principali attività della P.A. è stato rinviato in quanto destinato a personale neo-assunto; tali assunzioni nel corso del 2019 non sono state realizzate a causa delle mancate deroghe da parte della Regione, di conseguenza, concordando la decisione in sede di Dipartimento Giuridico come da verbale in data 14/10/2020 obiettivo parzialmente raggiunto in quanto non tutti i concorsi vengono gestiti da A.Li.Sa. come risulta anche dagli indirizzi operativi DGR 7/2019	15	😊	15	😊
	2	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi delle fatture passive	Riduzione tempi pagamento	Media pagamento fatture entro 15 giorni, dalla data di avvio dell'ITER da parte della S.C. Bilancio e Contabilità	Bilancio	20	20	mail del 3/3/2020 La liquidazione delle fatture ha rispettato i tempi stabiliti in 15 giorni a partire dall'invio dell'iter da parte della S.C. Bilancio e Contabilità obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Aggiornamento e Formazione  
Direttore Dottoressa Veneranda Guida**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	3	Migrazione della procedura Amministrativo - Contabile	Rispetto tempi Alisa e normativa	Evidenza della migrazione della procedura, per la quota parte di competenza, sulla base della tempistica che verrà indicata da A.Li.Sa	Bilancio	10	10	mail del 3/3/2020 Non è stato possibile dare seguito alla realizzazione dell'obiettivo in quanto nell'anno 2019 non è stata effettuata da parte di A.Li.Sa la migrazione della procedura come previsto dall'obiettivo; tale migrazione era propedeutica per poter raggiungere l'obiettivo. in considerazione di quanto sopra l'obiettivo si può considerare comunque raggiunto	10	😊	10	😊

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**








**S.C. Aggiornamento e Formazione  
Direttore Dottoressa Veneranda Guida**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	4	Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	relazione SSD Qualità organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
	5	Privacy	v. scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	6	Trasparenza e Anticorruzione	v. scheda allegata		Resp. PCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>95</b>		<b>95</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**Dipartimento Tecnico Amministrativo**

**Direttore Dottore Stefano Grego**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	10	Come da nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto. Come da nota del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo ID.n.73667176 del 7.4.2020 sono stati declinati all'interno dell'azienda, a cascata sulle diverse strutture aziendali, specifici obiettivi in coerenza alla DGR 7 del 11.1.2019. Obiettivo raggiunto.	10	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC				
Performance	1	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi delle fatture passive	Riduzione tempi pagamento	Coordinamento e monitoraggio percorso liquidazione e pagamento fatture	Bilancio	20	Come da nota del ID.n.73667176 del 7.4.2020 è stato effettuata l'attività di coordinamento e monitoraggio prevista con relativa riduzione dei tempi di pagamento. Obiettivo raggiunto.	20	
	2	Coordinamento della attività di migrazione della procedura Amministrativa-Contabile	Attivazione della migrazione sulla base della tempistica che verrà indicata da Alisa	Migrazione secondo la tempistica indicata da Alisa	Direttore Dipartimento	20	Come da nota del ID.n.73667176 del 7.4.2020 il progetto è stato avviato nel 2019, ma l'effettiva attivazione del progetto è stata programmata a partire da febbraio 2020, con uno start up sulla nuova piattaforma prevista a partire da novembre 2020. Obiettivo raggiunto.	20	
	3	Adeguamento nei termini e scadenze previste dalla normativa vigente e da Alisa in merito ai processi di incasso tramite il sistema PAGO-PA	Adeguamento procedura	Rispetto dei termini previsti da normativa e A.Li.Sa	Bilancio	10	Come da nota del ID.n.73667176 del 7.4.2020 il progetto è stato assicurato nei tempi previsti da A.Li.Sa. Per i soli ambiti specificati da A.Li.Sa. Obiettivo raggiunto.	10	
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	
Progetti	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		Resp. PCT	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	
	3	Coordinamento del processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Evidenza mappatura processi e analisi	Rispetto della tempistica prevista per il processo	CCD	20	Relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Bilancio e Contabilità**

**Direttore Dottore Stefano Grego**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	1	FLUSSI	marginie di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo di A.Li.Sa.	SIA/PPC							
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	10	10	Come da nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto. Come da nota del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo ID.n.73667176 del 7.4.2020 sono stati declinati all'interno dell'azienda, a cascata sulle diverse strutture aziendali, specifici obiettivi in coerenza alla DGR 7 del 11.1.2019. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
Performance	1	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi delle fatture passive	Riduzione tempi pagamento	Media pagamento fatture entro 40 giorni	Bilancio	20	20	Come da nota del Direttore del Bilancio del ID.n.73667176 del 7.4.2020 i tempi di pagamento sono stati rispettati. Obiettivo raggiunto.	20	😊	20	😊
	2	Migrazione della procedura Amministrativa-Contabile	Rispetto tempi Alisa e normativa	Evidenza della migrazione della procedura sulla base della tempistica che verrà indicata da A.Li.Sa	Bilancio	20	20	Come da nota del Direttore del Bilancio ID.n.73667176 del 7.4.2020 il progetto è stato avviato nel 2019, ma l'effettiva attivazione del progetto è stata programmata a partire da febbraio 2020, con uno start up sulla nuova piattaforma prevista a partire da novembre 2020. Obiettivo raggiunto.	20	😊	20	😊
	3	Adeguamento nei termini e scadenze previste dalla normativa vigente e da Alisa in merito ai processi di incasso tramite il sistema PAGO-PA	Adeguamento procedura	Rispetto dei termini previsti da normativa e A.Li.Sa	Bilancio	10	10	Come da nota del Direttore del Bilancio ID.n.73667176 del 7.4.2020 il progetto è stato assicurato nei tempi previsti da A.Li.Sa. Per i soli ambiti specificati da A.Li.Sa. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
Progetti	1	Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	Relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture**  
**Direttore Dott. Patrizio Callao**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	10	10	Come da nota Direttore SC Sistemi informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto. Come da nota del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo ID.n.73667176 del 7.4.2020 sono stati declinati all'interno dell'azienda, a cascata sulle diverse strutture aziendali, specifici obiettivi in coerenza alla DGR 7 del 11.1.2019. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC							
Performance	1	Riduzione tempi di pagamento complessivi delle fatture passive	Tempi liquidazione da tracciato OLIAMM	Media liquidazione fatture <35 gg	Bilancio	20	20	Come da comunicazione del 22/5/2020 del Direttore del Dipartimento tecnico amministrativo conservata agli atti la struttura ha diminuito i tempi complessivi di pagamento delle fatture passive. Obiettivo raggiunto.	20	😊	20	😊
	2	Adempimenti previsti dal piano degli investimenti	Condivisione piano investimenti	Rispetto della tempistica indicata per gli acquisti del piano degli investimenti	Bilancio	10	10	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento Tecnico del 5.6.2020 conservata agli atti tutte le attività previste sono state effettuate. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	3	Realizzazione Palazzo della Salute in Valpolcevera, Casa della Salute di Quarto e Coproma: collaborazione per la parte di competenza	Rispetto della tempistica per gli acquisti di quanto di competenza	Rispetto della tempistica per gli acquisti di quanto di competenza	Direttore Dipartimento	20	20	Come da nota ID n.75329171 del 1.6.2020 conservata agli atti le richieste di acquisto sono state evase nella loro totalità prima dell'apertura al pubblico della struttura Coproma, avvenuta il 30.11.2019. Al 31.12.2019 i locali del Palazzo della Salute di Quarto e di quello in Polcevera non erano ancora disponibili. Obiettivo raggiunto.	20	😊	20	😊
Progetti	1	Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Manuale delle procedure e analisi dei processi critici	PPC	20	20	Relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
	2	Privacy		Vedi scheda allegata	Affari generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Trasparenza e Anticorruzione		Vedi scheda allegata	RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Economato e Logistica**

**Dott. Stefano Pesce**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	1	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Come da nota del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo ID.n.73667176 del 7.4.2020 sono stati declinati all'interno dell'azienda, a cascata sulle diverse strutture aziendali, specifici obiettivi in coerenza alla DGR 7 del 11.1.2019. Obiettivo raggiunto.	5	😊	5	😊
Progetti	1	Riorganizzazione servizi portineria, guardianaggio e anti incendio	Progetto di riorganizzazione con verifica di sostenibilità nelle diverse opzioni	Evidenza progetto entro 31/07/2019	SSD Economato	20	20	Come da comunicazione ID n.68021928 del 30.7 conservata agli atti il progetto di riorganizzazione è stato presentato nei modi e tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	20	😊	20	😊
	2	Adempimenti previsti dal piano degli investimenti	Condivisione piano investimenti	Rispetto della tempistica indicata per gli acquisti del piano degli investimenti	Bilancio	20	20	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento Tecnico del 5.6.2020 conservata agli atti tutte le attività previste sono state effettuate. Obiettivo raggiunto.	20	😊	20	😊
	3	Introduzione di meccanismi e dispositivi di supporto alla protezione delle strumentazioni elettromedicali e alla loro movimentazione e inventariazione	Individuazione meccanismi da applicare agli elettromedicali per verifica movimentazione	Individuazione entro il 30/06/2019 dei meccanismi e successiva attenzione compatibilmente coi tempi tecnici di acquisizione	S.S.D. Ingegneria Clinica	15	15	Come da relazione mail del Direttore della Struttura del 28.5 conservata gli atti nei termini indicati in obiettivo sono state analizzate le diverse soluzioni tecnologiche ed è stata individuata nella tecnologia RFID quella più adatta alle esigenze di ASL 3. In data 12.4.2019 è stato redatta la prima versione del progetto. È stato inserito nei contratti di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali l'attività di applicazione delle etichette RFID. Obiettivo raggiunto.	15	😊	15	😊
	4	Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	Relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
	5	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		Resp. PCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Pianificazione Programmazione e Controllo

Direttore Dottoressa Silvia Simonetti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	10	10	Sono stati rispettati i tempi e le modalità di rendicontazione e invio relativi al debito informativo nei confronti di Regione Liguria e Ministero.	10	☺	10	☺
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC			E' stato effettuato il monitoraggio trimestrale degli obiettivi di mandato del Direttore Generale per l'anno 2019, sia in riferimento a quelli previsti nel contratto (mirati all'incremento di produzione su specifici Drg oggetto di fuga), sia su obiettivi assegnati alle strutture, alle quali si è provveduto a richiedere la relativa documentazione. Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto				
Performance	1	Revisione del sistema di monitoraggio dell'andamento obiettivi: monitoraggio individuale di ciascun obiettivo	Aderenza del monitoraggio alle scadenze indicate nelle schede di budget	verifica andamento progetti secondo scadenziario	PPC	15	15	Come da relazione del Direttore PPC conservata agli atti gli obiettivi delle strutture sono stati monitorati secondo il calendario delle scadenze in particolare i dati sulla produzione drg mirata. A richiesta, sono stati inviati alle Direzioni e alle Strutture report ad hoc. Obiettivo raggiunto.	15	☺	15	☺
	2	Definizione del piano di valorizzazione del patrimonio indisponibile e di dismissione del patrimonio disponibile	Proposta di piano di valorizzazione e di dismissione	Partecipazione ai lavori del gruppo di progetto secondo i tempi programmati dalle direzioni	Bilancio	15	15	Come da relazione del Direttore PPC conservata agli atti detta attività non ha interessato la Struttura per l'anno 2019. Obiettivo raggiunto.	15	☺	15	☺
	3	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi delle fatture passive	Riduzione tempi liquidazione da tracciato OLIAMM	liquidazione fatture (range 35/40gg)	Bilancio	20	20	Come da comunicazione mail del Dipartimento Tecnico amministrativo conservata agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	20	☺	20	☺
Progetti	1	Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni) con particolare riferimento all'attività di programmazione e alle interazioni con altre strutture finalizzata all'anticipazione del processo di budget	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Manuale delle procedure e analisi dei processi critici	PPC	20	20	Relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	☺	20	☺
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺
Progetti	3	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Telecomunicazioni e progetti strategici per l'integrazione**





















**Dott. Carlo Pedemonte**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi regionali	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	10	10	Come da nota del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo ID.n.73667176 del 7.4.2020 sono stati declinati all'interno dell'azienda, a cascata sulle diverse strutture aziendali, specifici obiettivi in coerenza alla DGR 7 del 11.1.2019. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>											
Progetti	1	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi delle fatture passive	Riduzione tempi pagamento	Liquidazione fatture entro 40 giorni	Bilancio	10	10	Come da comunicazione del 28/5/2020 l'obiettivo di riduzione dei tempi di pagamento è da intendersi parzialmente raggiunto.	7,5	😞	7,5	😞
	2	Incremento del livello di sicurezza e di continuità della rete con particolare riferimento alla protezione informatica delle attrezzature elettromedicali	Stesura dei progetti	Evidenza di un progetto di miglioramento del livello di sicurezza della rete entro il 30/11/2019	SIA/SSD TLC	10	10	Come da comunicazione dei Sistemi Informativi del 25/2 conservata agli atti è stato predisposto il progetto di miglioramento del livello di sicurezza nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	3	Introduzione di servizi multicanale per la fruibilità delle prestazioni sanitarie e al loro accesso	Traccia del servizio attivato	Attivazione entro giugno dei servizi critici* Attivazione entro settembre degli ulteriori servizi previsti dalla fornitura	DSS/DS/Dist retti	10	10	Come da comunicazione del 5/6/2020 conservata agli atti sono stati attivati tutti i servizi critici. Tutti i Totem sono installati e funzionanti. Inoltre sono stati attivati i seguenti servizi: Pagamenti libera professione, Pagamenti ticket, Ritiro referti LIS, Scelta e Revoca del Medico. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	4	Progetto di estensione e completamento della rete WI-FI all'intera azienda entro il 2020: installazione sistemi centrali e attivazione servizi di autenticazione per copertura servizio nei Presidi Ospedalieri	Attivazione progetto	copertura del 40% entro 30/11/2019	SIA	10	10	Come da comunicazione del 5/6/2020 conservata agli atti sono stati attivati i servizi centrali presso tutte le sedi ASL: ISE = autenticazione utenti interni per utilizzo wi-fi a scopo sanitario; autenticazione utenti esterni e interni per uso wi-fi a qualunque scopo. GSM Gateway: controllo e registrazione a norma di legge di tutte le connessioni effettuate mediante dispositivi privati, non di proprietà ASL. WI-FI Controller: gestione centralizzata e da remoto di tutti gli access point (antenne wi-fi) ovunque collocati in qualunque sede ASL. Tutti gli apparati e i relativi software sono ridondati. In tal modo gli impianti continuano a funzionare in modo trasparente per gli utilizzatori anche in caso di guasto o blocco di una qualsiasi componente dell'impianto. relativamente agli Access Point (antenne wi-fi):100 access point in funzione. Scassi, Micone, Colletta, Gallino, Quarto, Celesia che sono corrispondenti al 40 %. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	5	Adempimenti previsti dal piano degli investimenti	Condivisione piano investimenti	Rispetto della tempistica indicata per gli acquisti del piano degli investimenti	Bilancio	10	10	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento Tecnico del 5.6.2020 conservata agli atti tutte le attività previste sono state effettuate. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	6	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	La struttura non evidenzia procedimenti a rischio. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	8	prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>									<b>97,5</b>		<b>97,5</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Programmazione Gestione Lavori e Risparmio energetico**

**Direttore Ingegnere Marco BERGIA BOCCARDO**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	10	10	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC							
Progetti	1	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi della fatture passive	Riduzione tempi pagamento	Liquidazione fatture range 40/35 gg	Bilancio	5	10	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento tecnico amministrativo del 25/5/2020 conservata agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	5		10	
	2	Introduzione della procedura di supervisione, gestione e amministrazione progetti e cantieri	Attivazione procedura	Evidenza procedura entro il 31/08/2019	Direttore Dipartimento	10	10	Come da comunicazione del Direttore della Struttura l'obiettivo non è stato raggiunto.	0		0	
	3	Adempimenti previsti dal piano degli investimenti	Condivisione piano investimenti	Rispetto della tempistica indicata per gli acquisti del piano degli investimenti	Bilancio	5	5	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento Tecnico del 5.6.2020 conservata agli atti tutte le attività previste sono state effettuate. Obiettivo raggiunto.	5		5	
	4	Definizione del piano di valorizzazione del patrimonio indisponibile e di dismissione del patrimonio disponibile	Stesura del Piano	Evidenza della definizione del piano entro il 30/06/2019	Bilancio	10	0	Come da comunicazione mail del 14.5 del direttore della SC Programmazione gestione lavori e risparmio energetico non è stato formulato un documento che abbia dato evidenza al piano nei tempi previsti. Obiettivo non raggiunto.	0		0	
	5	Realizzazione Palazzo della Salute in Valpolcevera, Casa della Salute di Quarto e Coproma:osservanza dei tempi realizzativi previsti dal progetto	Attivazione Progetto	Osservanza tempi di realizzazione	DSS	10	10	Come da comunicazione mail del 14.5 del direttore della SC Programmazione gestione lavori e risparmio energetico: Osservanza tempi di realizzazione Palazzo della Salute in Valpolcevera: Il Progetto è stato attivato. Casa della Salute Coproma: L'edificio è stato completato e messo in funzione entro il 31/12/2019. Casa della Salute di Quarto: Il cantiere è proceduto secondo tempistica prevista per il 2019. Nel 2020 è stato sospeso a causa della pandemia COVID ed in oggi, ripreso, è pressochè ultimato. Obiettivo raggiunto.	10		10	
	6	Adeguamento climatizzazione blocchi operatori Sestri Ponente e Villa Scassi	Avvio lavori di climatizzazione	Avvio lavori di climatizzazione entro giugno 2019	DMO	10	15	Come da comunicazione del Direttore della Struttura i lavori sono stati avviati ed ultimati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	10		15	
	7	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5		7,5	
	9	prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	Relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20		20	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>77,5</b>		<b>87,5</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Riqualificazione Edilizia**











**Direttore Ing. Benedetto Macciò**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e indirizzi regionali	1	FLUSSI compreso PDAP	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle tempistiche indicate	SIA/PPC	10	10	Come da nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto. Come da nota del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo ID.n.73667176 del 7.4.2020 sono stati declinati all'interno dell'azienda, a cascata sulle diverse strutture aziendali, specifici obiettivi in coerenza alla DGR 7 del 11.1.2019. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC							
Progetti	1	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi della fatture passive	Riduzione tempi pagamento	Liquidazione fatture (range 25/35gg)	Bilancio	10	10	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento tecnico amministrativo del 25/5/2020 conservata agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	😊	10	😊
	2	Introduzione della procedura di supervisione, gestione e amministrazione progetti e cantieri	Attivazione procedura	Verifica andamento entro il 31/08/2019	Direttore Dipartimento	10	10	Come da comunicazione del 5.6.2020 conservata agli atti l'introduzione della procedura di supervisione, gestione ed amministrazione progetti e cantieri si è fermata in seguito alla mancata esecuzione da parte della ditta fornitrice il software delle sostanziali modifiche richieste per il funzionamento nelle casistiche complesse dell'attività di ASL3 laddove il programma base fornito non era in grado di considerare tutte le variabili presenti. Obiettivo parzialmente raggiunto.	7,5	😐	7,5	😐
	3	Adempimenti previsti dal piano degli investimenti	Condivisione piano investimenti	Rispetto della tempistica indicata per gli acquisti del piano degli investimenti	Bilancio	10	10	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento Tecnico del 5.6.2020 conservata agli atti tutte le attività previste sono state effettuate. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	4	Realizzazione Palazzo della Salute in Valpolcevera, Casa della Salute di Quarto e Coproma :osservanza dei tempi realizzativi previsti dal progetto	Attivazione Progetto	Osservanza tempi di realizzazione	DSS	10	10	direttore della SC Programmazione gestione lavori e risparmio energetico: Osservanza tempi di realizzazione Palazzo della Salute in Valpolcevera: Il Progetto è stato attivato. Casa della Salute Coproma: L'edificio è stato completato e messo in funzione entro il 31/12/2019. Casa della Salute di Quarto: Il cantiere è proceduto secondo tempistica prevista per il 2019. Nel 2020 è stato sospeso a causa della pandemia COVID ed in oggi, ripreso, è pressochè ultimato. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	5	Adeguamento climatizzazione blocchi operatori Sestri Ponente e Villa Scassi	Avvio lavori di climatizzazione	Avvio lavori di climatizzazione entro giugno 2019	DMO	10	10	Come da comunicazione del Direttore della Struttura i lavori sono stati avviati ed ultimati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	7,5	😐
3	prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	Relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>95</b>		<b>95</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Sistemi Informativi Aziendali**

**Direttore Dottoressa Luisa Pareto**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Su Farmaceutica 100% = Traccia e CE	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	10	10	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC							
Progetti	1	Incremento del livello di <b>sicurezza e di continuità della rete</b> con particolare riferimento alla protezione informatica delle attrezzature elettromedicali e dei servizi al pubblico	Proposta progetto implementazione sistemi di sicurezza	Evidenza proposta del progetto	SIA/PPC/TL C/ING:CLINICA	10	10	Come da mail del Direttore della Struttura del 26/2 è stato proposto l'acquisto della seguente applicazione: INTERNAL NETWORK VULNERABILITY ASSESSMENT. Obiettivo raggiunto.	10		10	
	2	Adempimenti previsti dal piano degli investimenti	Rispetto delle date indicate nel piano investimenti	Completamento delle iniziative previste dal piano	Bilancio	5	5	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento Tecnico del 5.6.2020 conservata agli atti tutte le attività previste sono state effettuate. Obiettivo raggiunto.	5		5	
	3	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi delle fatture passive	Tempi di liquidazione	Liquidazione fatture <20gg	Bilancio	10	10	Come da comunicazione del 22/5/2020 del Direttore del Dipartimento tecnico amministrativo conservata agli atti la struttura ha diminuito i tempi complessivi di pagamento delle fatture passive. Obiettivo raggiunto.	10		10	
	4	Introduzione di servizi multicanale per la fruibilità delle prestazioni sanitarie e al loro accesso	Traccia del servizio attivato	Attivazione entro giugno dei servizi critici* Attivazione entro settembre degli ulteriori servizi previsti dalla fornitura	DSS/DS/Dis tretti	10	10	Come da mail del Direttore della Struttura del 26/2 entro giugno 2019 sono stati attivati tutti i servizi critici ( pagamento prestazioni prenotate a CUP e Pagamento e ritiro referti di Laboratorio. Sono stati attivati i servizi di pagamento di prestazioni eseguite in regime di Intramoenia ( luglio 2019 ) di scelta / revoca del Medico. Gli ulteriori servizi sono in fase di attivazione ed il relativo ritardo non è imputabile al SIA. Obiettivo raggiunto	10		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Sistemi Informativi Aziendali**

**Direttore Dottoressa Luisa Pareto**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
	5	Processo di ammodernamento del parco postazioni di lavoro nell'arco di 5 anni: realizzazione di quanto previsto nel primo anno	Invio capitolato condiviso con San Martino per fabbisogno 5 anni Approvvigionamento tramite CONSIP del fabbisogno 2019	Rinnovo parco postazioni di lavoro per aumento il 15% nel 2019	SIA	10	10	Come da mail del Direttore della Struttura del 26/2 sono state acquisite 400 nuove postazioni di lavoro ( 15% totale). Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
Progetti	6	Ottimizzazione dei processi di protocollo generale e gestione documentale dei provvedimenti amministrativi	Numero di provvedimenti passati di stato senza la firma Integrazione inserimento n provvedimento da DOCS-PA a Oliamm	Integrazione dell'applicativo con altri sw amministrativo contabili (Protocollo, Contabilità, Gestione Documentale)	SIA/Affari Generali	5	5	Come da mail del Direttore della Struttura del 26/2 la procedura delibere/determine è stata integrata con il protocollo e con Oliamm. Obiettivo raggiunto.	5	😊	5	😊
	7	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	9	prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	rRispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi processi critici	CCD	20	20	Realazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.S.D. Ingegneria Clinica**

**Responsabile Ing. Gino Spada**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC							
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	10	10	Come da nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto. Come da nota del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo ID.n.73667176 del 7.4.2020 sono stati declinati all'interno dell'azienda, a cascata sulle diverse strutture aziendali, specifici obiettivi in coerenza alla DGR 7 del 11.1.2019. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
Progetti	1	Realizzazione nuovo centro trasfusionale, nuovo laboratorio di Ingegneria Clinica, nuovo Centro Ustioni, acque sanitarie, impianti di chiamata infermiere, Telecardiologia ECG e Progetto di Tele - Riabilitazione	Progettazione e/o attivazione lavori	Evidenza dell'avvio e prosecuzione lavori in tutti settori indicati	DMO/SSD Ingegneria Clinica	10	10	Come da relazione mail del Direttore della Struttura del 28.5 conservata gli atti tutti i lavori in obiettivo sono stati avviati/proseguiti/ultimati nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	2	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi delle fatture passive	Riduzione tempi liquidazione da tracciato OLIAMM	liquidazione fatture (range 35/40gg)	Bilancio	10	10	Come da comunicazione del Dipartimento tecnico amministrativo del 28/5/2020 conservata agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	😊	10	😊
	3	Adempimenti previsti dal piano degli investimenti	Condivisione piano investimenti	Rispetto della tempistica indicata per gli acquisti del piano degli investimenti	Bilancio	10	10	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento Tecnico 5.6.2020 conservata agli atti tutte le attività previste sono state effettuate. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	4	Introduzione di meccanismi e dispositivi di supporto alla protezione delle strumentazioni elettromedicali e alla loro movimentazione e inventariazione di concerto con Economato	Individuazione meccanismi da applicare agli elettromedicali per verifica movimentazione	Individuazione entro il 30/06/2019 dei meccanismi e successiva attenzione compatibilmente coi tempi tecnici di acquisizione	S.S.D. Ingegneria Clinica	10	10	Come da relazione mail del Direttore della Struttura del 28.5 conservata gli atti nei termini indicati in obiettivo sono state analizzate le diverse soluzioni tecnologiche ed è stata individuata nella tecnologia RFID quella più adatta alle esigenze di ASL 3. In data 12.4.2019 è stato redatta la prima versione del progetto. E' stato inserito nei contratti di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali l'attività di applicazione delle etichette RFID. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	5	Incremento del livello di sicurezza e di continuità della rete con particolare riferimento alla protezione informatica delle attrezzature elettromedicali e dei servizi al pubblico	Stesura dei progetti	Evidenza di un progetto di miglioramento del livello di sicurezza della rete	SIA/SSD TLC	10	10	Come da mail del Direttore della Struttura del 26/2 è stato proposto l'acquisto della seguente applicazione: INTERNAL NETWORK VULNERABILITY ASSESSMENT. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	6	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
8	prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	Relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.S.D. Patrimonio Immobiliare

Ing. Francesco Zampini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Flussi e Indirizzi Regionali	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Rispetto di quanto previsto dalle linee di indirizzo A.Li.Sa.	SIA/PPC	10	10	Come da nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto. Come da nota del Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo ID.n.73667176 del 7.4.2020 sono stati declinati all'interno dell'azienda, a cascata sulle diverse strutture aziendali, specifici obiettivi in coerenza alla DGR 7 del 11.1.2019. Obiettivo raggiunto.	10	☺	10	☺
	2	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC							
Progetti	1	Riduzione dei tempi di pagamento complessivi delle fatture passive	Riduzione tempi pagamento	Liquidazione fatture entro 20 giorni	Bilancio	20	20	Come da comunicazione del 22/5/2020 del Direttore del Dipartimento tecnico amministrativo conservata agli atti la struttura ha diminuito i tempi complessivi di pagamento delle fatture passive. Obiettivo raggiunto.	20	☺	20	☺
	2	Definizione del piano di valorizzazione del patrimonio indisponibile e di dismissione del patrimonio disponibile	Stesura del Piano	Evidenza della definizione del piano entro il 30/06/2019	Patrimonio/PPC/Bilancio	20	20	Come da comunicazione Prot.n.68815 del 28.5.2020 conservata agli atti il piano di valorizzazione è stato redatto nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	20	☺	20	☺
	3	Introduzione della procedura di supervisione, gestione e amministrazione progetti	Attivazione procedura	Evidenza procedura entro il 31/08/2019	Direttore Dipartimento	10	10	Come da comunicazione Prot.n.68815 del 28.5.2020 conservata agli atti la procedura in obiettivo è stata redatta in data 19.7.2019. Obiettivo raggiunto.	10	☺	10	☺
	4	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	Come da comunicazione del Responsabile per la Privacy conservata agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	☺	10	☺
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	Come da comunicazione del PRCT del 1.6.2020 conservata agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	☺	10	☺
	6	prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	Relazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	☺	20	☺
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019







### STAFF DIREZIONE GENERALE

### SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (S.P.P.)

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti comparato	note
Indirizzi Regionali	1	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	☺
	1	Indagine del Burnout in alcuni settori in correlazione con la probabilità di commettere errori	numero questionari valutazione Burnout e costruzione strumento di rilevazione errori in sanità (collegati e anonimi).	Raccolta e analisi dei dati emersi entro il 30/11/2019	SPP	20	mail del 29/11/2019 relazione su somministrazione questionari su burn out al personale di strutture "campione" e risultati (agli atti)obiettivo raggiunto	20	☺
Performance	2	Promuovere il benessere dell'operatore e migliorare la sicurezza del paziente	Audit con gruppi di lavoro nelle aree a maggior rischio.	Promozione del benessere organizzativo e attuazione di strategie volte a sostenere e migliorare la salute psicofisica del personale sanitario al fine di incidere riducendo la probabilità di commettere errori entro il 30/11/2019	SPP	20	mail del 29/11/2019 effettuazione di audit su aggressione sul posto di lavoro proposta corso per cure domiciliari a seguito di risultanze monitoraggio benessere organizzativo obiettivo raggiunto	20	☺
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	15	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo parzialmente raggiunto	15	☺
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabil e PCT	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	☺
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	PPC	30	relazione SSD Qualità organizzativa obiettivo raggiunto	30	☺
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>		<b>100</b>	







**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**Ufficio Stampa e della Comunicazione e URP**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Indirizzi Regionali	1	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5		5	
	1	Comunicazione esterna: ottimizzazione delle informazioni destinate all'Utenza attraverso il sito internet aziendale con applicazione delle indicazioni fornite da Alisa	Pubblicazione della versione aggiornata secondo quanto definito dal punto di vista tecnico con SIA, SC Bilancio, Liguria Digitale	Entro dicembre 2019 rilascio della versione aggiornata	Direzione strategica	10	10	nota id 72599993 del 14/2/2020 pubblicata versione aggiornata del sito internet aziendale in data 9/9/2019 obiettivo raggiunto	10		10	
Progetti	2	Comunicazione esterna: elaborazione progetto multimediale per l'ottimizzazione del flussi informativi destinati all'Utenza che comprende realizzazione newsletter in veste grafica rinnovata e potenziamento dell'attuale indirizzario; attivazione circuito display interni attraverso applicazione nuova tecnologia per fornire nei distretti notizie programmate e/in tempo reale da un'unica regia centralizzata; attivazione profilo FB	Attivazione di un circuito display in grado di gestire sul territorio l'informazione; Realizzazione veste grafica rinnovata della newsletter; Potenziamento indirizzario con almeno 1.000 nuovi contatti	Elaborazione progetto multimediale entro giugno 2019; potenziamento indirizzario entro dicembre 2019; attivazione del circuito display, rilascio della newsletter e attivazione profilo FB entro aprile 2020	Direzione strategica	15	15	nota id 72599993 del 14/2/2020 elaborato un progetto multimediale entro giugno 2019 potenziato indirizzario con 1055 contatti al 27/12/2019 rilascio della newsletter al 18/10/2019 (in anticipo rispetto alla data dell'aprile 2020 contenuta nell'obiettivo) obiettivo raggiunto	15		15	



## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### Ufficio Stampa e della Comunicazione e URP

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	3	Comunicazione inter-istituzionale: attivazione tavolo di lavoro di coordinamento sulla comunicazione destinata all'Utenza con Agenzia delle Entrate, Tribunale, Inps per attività monitoraggio su informazione e accoglienza in relazione alle attività svolte in collaborazione presso le nostre sedi	attivazione tavolo	Almeno due incontri entro dicembre 2019	Direzione strategica	10	10	nota id 72599993 del 14/2/2020 gli incontri finalizzati alla condivisione delle tematiche attivazione collaborazioni e monitoraggio si sono tenuti in data 27/2 e 11/12/2019 obiettivo raggiunto	10		10	
	4	Comunicazione interna: ottimizzazione flussi comunicativi destinati agli Operatori attraverso nuova progettualità dedicata (progetto "Insieme") che prevede il completo rifacimento della rete intranet e applicazione nuovi percorsi comunicativi dedicati	elaborazione progetto entro giugno 2019; entro dicembre 2019 relazione stato avanzamento stato avanzamento lavoro; entro giugno 2020 rilascio nuova rete intranet e messa a sistema dell'intera progettualità prevista	Due incontri entro il 2019	Direzione strategica	10	10	nota id 72599993 del 14/2/2020 il progetto è stato elaborato nei tempi richiesti anche con il coinvolgimento nelle fasi istruttorie di partner esterni alla struttura per l'acquisizione degli elementi utili alle fasi progettuali incontri tenuti in data 25/1/2019 (dott. Pareto SIA, Grego Bilancio) in data 9/10/2019 (Liguria Digitale) relazione stato avanzamento lavori 2/12/2019 obiettivo raggiunto	10		10	
	5	Comunicazione interna: corso di formazione dedicato al personale di front office (SUD e URP) finalizzato al miglioramento dell'attività di comunicazione e accoglienza degli Operatori e per intercettare criticità utenza comunicative che prestano attività presso le sedi distrettuali. Attività in collaborazione con la Direzione Sociosanitaria	realizzazione di 1 corso (edizioni da modulare)	Elaborazione progettualità entro giugno 2019; entro giugno 2020 realizzazione corsi	Direzione strategica	10	10	nota id 72599993 del 14/2/2020 il corso è stato realizzato in due edizioni ed è stato offerto al personale di front office (SUD e URP) le 2 edizioni sono state tenute in data 5/2 - 19/2 - 26/2 - 4/3 (prima edizione) 22/4 - 29/4 - 6/5 - 13/5 (seconda edizione) obiettivo raggiunto	10		10	





**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2019**

**Ufficio Stampa e della Comunicazione e URP**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referen te	Punti dirige nza	Punti comp arto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirige nza	note	Punti comp arto	note
	6	prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	CCD	20	20	relazione SSD Qualità organizzativa obiettivo raggiunto	20		20	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

### Ufficio Stampa e della Comunicazione e URP

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referen te	Punti dirige nza	Punti comp arto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirige nza	note	Punti comp arto	note
	7	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Genera li	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10		10	
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		Resp. PCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10		10	
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019

S.S.D. Qualità organizzativa

Dott. Marco Gogioso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referent e	Punti dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note
Indirizzi Regionali	1	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa.	Vedi scheda allegata		PPC	5	Vedi Deliberazione A.Li.Sa. 253/2019 - Individuazione percorsi regionali individuati e definiti dai DIAR: indirizzi clinici ed organizzativi Obiettivo raggiunto	5	☺
	Progetti								
	1	Palazzo della Salute Valpolcevera: supporto attività preliminari ad avvio dei lavori di realizzazione	elaborazioni di analisi e report dati	Evidenze note e relazioni su sviluppo progetto di fattibilità	DSS	25	nota 17978 del 5/2/2019 trasmissione Piano di Fattibilità ad Commissario Straordinario A.Li.Sa obiettivo raggiunto	25	☺
	2	Realizzazione Casa della Salute di Quarto: verifica obiettivi previsti per Gruppo di lavoro e tempistica degli interventi previsti dal progetto	Stato avanzamento attività come da programma Area Tecnica	Evidenza attività monitoraggio sistematico stati avanzamento attività (Verbalì attività G.d.Lavoro (almeno 12 incontri/anno)	DSS	25	nota 6583 DA costituzione Gruppo di Lavoro agli atti n. 16 verbali Gruppo di lavoro obiettivo raggiunto	25	☺
	3	Prosecuzione processo di revisione PR AMMINISTRATIVE dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto presentato per fase 3	Evidenza Manuale delle procedure (almeno 2/3) e analisi dei principali processi critici individuati (almeno 2/3)	CCD	25	relazione attività 2019 e manuale delle procedure agli atti obiettivo raggiunto	25	☺
	4	PROCESSO AZIENDALE PIANIFICAZIONE (in collaborazione con DIP.TO Amministrativo ed SC Pianificazione, programmazione e controllo)	Elaborazione documento	Evidenza PR su pianificazione aziendale	CCD	10	deliberazione n. 59/2020 ad oggetto Piano della Performance 2020 2022 obiettivo raggiunto	10	☺
	5	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		S.C. Affari Generali	5	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	5	☺
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		Resp. PCT	5	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	5	☺
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>		<b>100</b>	









## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019 Segreterie Direzionali

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti comparto	note
PERFORMAN CE	1	Garanzia e copertura delle segreterie	Copertura delle segreterie	Evidenza dell'organizzazione oraria a copertura delle segreterie	<i>Direzione Strategica</i>	25	nota del 20/12/2019 descrizione organizzazione delle segreteria a garanzia della copertura oraria obiettivo raggiunto	25	☺
	1	Ottimizzazione dei processi di protocollo generale e gestione documentale dei provvedimenti amministrativi di concerto con Affari Generali	Analisi dei processi relativi a protocollo e gestione delibere e formulazione di proposte operative di miglioramento	Raccolta delle proposte migliorative indicate dai dipartimenti interessati	<i>Direzione Strategica</i>	25	nota del 20/12/2019 miglioramento della gestione delle urgenze (interrogazioni, audizioni e mozioni) miglioramento iter gestione deliberazioni obiettivo raggiunto	25	☺
PROGETTI	2	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Evidenza manuale delle procedure e analisi dei processi critici	<i>CCD</i>	30	relazione SSD Qualità organizzativa obiettivo raggiunto	30	☺
	3	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>SC Affari Generali</i>	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	☺
	4	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata	Vedi scheda allegata		<i>Responsabile PCT</i>	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	☺
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>		<b>100</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

**S.C. Direzione amministrativa POU**

**Direttore Dottoressa Isabella Lanzone**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	1	Revisione procedura operativa attività libero professionale degenziale SECONDA FASE: INFORMATIZZAZIONE Obiettivo in condivisione con S.C. Sistemi Informativi	Informatizzazione della procedura	Entro il 31/12/2019 gestione informatizzata dei dati relativi all'attività intramoenia degenziale	DA/SIA	20	20	mail del 3/6/2020 DA la seconda fase dell'obiettivo è stata sospesa dal Direttore SC Bilancio e Contabilità in quanto c'è in previsione l'utilizzo di un nuovo programma per la gestione dell'attività intramoenia obiettivo raggiunto	20		20	
	2	Revisione degli spazi ad uso L.P.I. allargata. Discipline: Psichiatria Psicologia Medicina Legale	Verifica fattibilità	Entro il 30.09.2019 elaborazione Piano di rientro ALPI allargata	DA	20	20	mail del 3/6/2020 DA e' stao elaborato un progetto, consegnato in data 19/7/2019 che contemplava il rientro dei medici all'interno dell'Azienda per l'espletamento dell'attività intramoenia. E' stato chiesto ai medici di effettuare una percentuale di attività all'interno degli studi aziendali. Alcuni dirigenti hanno optato per gli studi in Corso Paganini, in appositi spazi messi a disposizione dall'Azienda nelle ore pomeridiane obiettivo raggiunto	20		20	
	3	Revisione procedura relativa ai controlli mensili sull'attività libero professionale dei singoli professionisti	Predisposizione di un registro dei controlli mensili	Entro il 30.06.2019 utilizzo registro	DA	20	20	da maggio 2019 è stato predisposto ed utilizzato un registro interno che permette di evidenziare e monitorare le anomalie contabili su base mensile (tipologia di pagamenti, tracciabilità, chiusure contabili mensili ecc.) obiettivo raggiunto	20		20	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**

S.C. Direzione amministrativa POU

Direttore Dottoressa Isabella Lanzone

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Progetti	1	Privacy			<i>Affari Generali</i>	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto (inseito on obt Bilancio e Contabilità)	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e Anticorruzione			<i>RPCT</i>	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo parzialmente raggiunto	7,5	😐	7,5	😐
	3	Redazione dei percorsi finalizzati alla certificabilità (progetto iniziato nel 2018)	redazione percorsi secondo il programma predisposto	esistenza percorsi formulati secondo il cronoprogramma	<i>PPC</i>	20	20	relazione SSD Qualità organizzativa obiettivo raggiunto	20	😊	20	😊
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>97,5</b>		<b>97,5</b>	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2019**  
**S.S.D. Servizio Ispettivo**  
**Responsabile Dott. Alessandro Cataldo**

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2019	Refere nte	Punti dirigenza	Punti compar to	Risultati raggiunti al 31/12/2019	Punti dirigenz a	note	Punti compart o	note
PERFORMANCE	1	Definizione Piano delle verifiche Ispettive  Check List	Elaborazione del piano delle verifiche Verifiche Check List condivisa con la DA	Entro il 31/03/2019 comunicazione del Piano al DA (Individuazione di una Commissione di Valutazione)	DA	20	20	nota del 3/6/2020 comunicato in data 19/3/2019 il Piano delle verifiche e Check list obiettivo raggiunto	20	☺	20	☺
	2	Realizzazione del Piano delle verifiche strutture selezionate	Strutture da verificare	Entro il 31/12/2019 almeno il 70%	DA	20	20	nota del 3/6/2020 al 31/12/2019 nota al Direttore Amministrativo (agli atti della Segreteria DA) 70% delle strutture del piano verificate obiettivo raggiunto	20	☺	20	☺
	3	piano audit strutture	Elaborazione del piano audit condiviso con la DA	Entro il 31/12/2019 report audit strutture	DA	20	20	nota del 3/6/2020 al 31/12/2020 effettuati 3 audit programmati con DA in collaborazione con RPCT ad oggetto liste di attesa e libera professione obiettivo raggiunto	20	☺	20	☺
Progetti	1	Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Rispetto dei tempi previsti dal progetto	Manuale delle procedure e analisi dei processi critici	PPC	20	20	Realazione SSD Qualità Organizzativa obiettivo raggiunto	20	☺	20	☺
	2	Privacy	v. scheda allegata		RPD	10	10	Vedi monitoraggio adempimenti privacy inviato con e-mail in data 31/12/2019. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺
	3	Trasparenza e Anticorruzione	v. scheda allegata		RPCT	10	10	Vedi schema rendicontazione. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺
<b>TOTALE PESO SCHEDA BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>		<b>100</b>	