

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Direttore f.f. Dottoressa Tiberia Boccardo

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti
1	Ottimizzazione dei costi del Dipartimento attraverso costante attività di verifica e di coordinamento dei poli distrettuali	Rispetto budget economico assegnato		Rispetto Budget Assegnato Verifica CCD/Bilancio	Il budget è stato rispettato in 5 strutture afferenti il Dipartimento e parzialmente rispettato in 2 strutture. Obiettivo raggiunto.	☺	10
2	Ottimizzazione della gestione delle ordinanze-ingiunzioni e annullamenti del settore "sanzioni amministrative" anticipando il termine previsto di 5 anni, che consente un migliore rapporto con l'utente sanzionato, la riduzione di procedure verso attività non più in essere, quindi un maggiore recupero del dovuto.	Numero di sanzioni analizzate / numero sanzioni pervenute relative al biennio 2013-2014.		Effettuazione della attività relativa al del 90% ordinanze/ingiunzioni e annullamenti delle sanzioni amministrative in sospenso elevate nel biennio 2013-2014	Come da comunicazione Prot.n.58806519 inviata al CCD agli atti, sono state effettuate 401 ordinanze/ingiunzioni e 14 annullamenti su 433 sanzioni analizzate (93%). Obiettivo raggiunto.	☺	20
3	Garantire a livello aziendale la realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione per l'anno 2017.	Numero di riunioni di coordinamento delle Strutture Complesse del Dipartimento di prevenzione relative al monitoraggio dei risultati previsti dal PRP per il 2017, nell'ambito dei Macro Obiettivi 7, 8, 9 e 10. Numero di eventi di comunicazione per la popolazione, relativi alla promozione di sani stili di vita (attività fisica e corretta alimentazione) realizzati a livello cittadino o municipale, con il coinvolgimento di portatori di interesse esterni al settore sanitario (comuni, municipi, associazioni)		Realizzare entro il 31 dicembre 2017 almeno due riunioni, con evidenza di verbale di coordinamento delle Strutture complesse del Dipartimento di prevenzione Realizzare, entro il 31 dicembre 2017 ed in collaborazione con la Struttura aziendale per la Comunicazione, almeno due eventi a livello cittadino o municipale, con il coinvolgimento di tutte le Strutture Complesse del Dipartimento di Prevenzione e di altre Strutture aziendali interessate in relazione ai temi trattati	Come da comunicazione Prot.n.58806519 inviata al CCD agli atti sono state effettuate 2 riunioni (30/5/2017 e 24/7/2017) di coordinamento delle SS.CC (verbali c/o sede Dipartimento Prevenzione). Sono stati effettuati 3 eventi a livello cittadino/municipale il 22/5/2017, il 19/7/2017 e il 24/10/2017. Obiettivo raggiunto.	☺	20



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Direttore f.f. Dottoressa Tiberia Boccardo

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti
4	Ottimizzazione delle attività trasversali del DP attraverso la definizione di procedure condivise e la valorizzazione del personale dirigente e tecnico.	Individuazione di almeno 3 attività trasversali, oggetto di revisione ridefinizione di procedure condivise e formazione che coinvolgano il personale dirigente e tecnico di due o più SC .	Realizzazione della formazione relativa ad almeno due delle attività individuate.	Dal 30/11/2017 tutte e tre le attività individuate vengono attuate secondo le nuove modalità trasversali.	Come da comunicazione Prot.n.58806519 inviata al CCD agli atti sono state effettuate tutte le attività nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	30
5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da comunicazione Prot.n.58806519 inviata al CCD agli atti sono state effettuate tutte le attività nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	20
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100



SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Popolazione a rischio
Il Responsabile Dottoressa Ivana Valle

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Consumato di Beni sanitari e non sanitari		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto Lo sfioramento è dovuto al maggior acquisto di diagnostici e reagenti di laboratorio (provette per prevenzione colon retto) e di specialità medicinali (SELG-ESSE*OS 4 BUST. 70 G AIC. 029121011) preparazione per la colonscopia prodotto non compreso nel budget assegnato	☺	10	5
								10	5
Performance/Adempimento	1	Realizzazione Obiettivi Screening Mammografico	% di donne invitate a screening mammario in anno 2017 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2017 (dato ISTAT)	Donne invitate 2016 > al 95 % della popolazione bersaglio 2016 (dato ISTAT)	Donne invitate 2017 100 % della popolazione bersaglio 2017 (dato ISTAT)	nel 2017, a fronte di una popolazione bersaglio di 54.104 assistite in fascia di età 50 – 69 anni, sono state invitate 54.077 donne pari al 100% della popolazione bersaglio 2017	☺	20	20
			% di donne che partecipano allo screening mammario rispetto alle donne invitate nel 2017	≥ 50 %	≥ 55 % Valutazione da 1/5/2018	la % di donne che hanno partecipato allo screening mammario (29.804) rispetto alle donne invitate nel 17(54.077) ha raggiunto il 55% richiesto dal PRP 14 - 18			
	2	Realizzazione Obiettivi Screening Cervice Uterina	% di donne invitate a screening del tumore della cervice uterina in anno 2017 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2017 (dato ISTAT)	Donne invitate 2016 > al 95% della popolazione bersaglio 2016 (dato ISTAT)	Donne invitate 2017 100 % della popolazione bersaglio 2017 (dato ISTAT)	nel 2017, a fronte di una popolazione bersaglio di 62.361 assistite in fascia di età 25 – 64 anni, sono state invitate 62.148 donne pari al 100% della popolazione bersaglio 2017	☺	20	20
			% di donne che partecipano allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate nel 2017	≥ 25 %	≥ 35 % Valutazione da 1/5/2018	la % di assistite che hanno partecipato allo screening della cervice uterina (20.996) rispetto alle donne invitate nel 17 (62.148) ha raggiunto il 34%* "il gap di 1 punto percentuale tra il 34% registrato al 20 03 18 e il 35% richiesto dal PRP 14 – 18 e atteso entro il 30 04 18 potrà essere raggiunto con l'adesione di ulteriori 451 assistite, assistite a cui è stato inviato un sollecito non ancora giunto a scadenza alla data del 20 03 18			
3	Realizzazione Obiettivi Screening Colon Retto	% di persone invitate allo screening del colon retto in anno 2017 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2017 (dato ISTAT)	Persone invitate 2016 ≥ 80 % della popolazione bersaglio 2016 (dato ISTAT)	Persone invitate 2017 100 % della popolazione bersaglio 2017(dato ISTAT)	a fronte di una popolazione bersaglio di 102.993 persone di ambo i sessi in fascia di età 50 – 69 anni, sono state invitate 102.941 persone pari al 100% della popolazione bersaglio 2017	☺	20	20	
		% di persone che partecipano allo screening del tumore del colon retto rispetto alle persone invitate nel 2017	≥ 34 %	≥ 39 % Valutazione da 1/5/2018	al 20 03 18 la % di persone che hanno partecipato allo screening del colon retto (39.954) rispetto alle persone invitate nel 17(102.941) ha raggiunto il 39%	☺			



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Popolazione a rischio
Il Responsabile Dottoressa Ivana Valle

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	4	Collaborazione tra SSD Popolazione a Rischio - SC Professioni Sanitarie - Dipartimento Immagini - SC Direzione Medica del Presidio Unico finalizzata all'offerta dei test primari di screening del tumore mammario al personale dipendente operativo nei PPOO Sestri P, Villa Scassi, Ponte x c/o propria sede di lavoro	Data attivazione progetto	Nessuno	Data attivazione progetto: entro 31 ottobre 2017 Responsabile del monitoraggio: Responsabile SSD popolazione a rischio Dottoressa Ivana Valle	Come da mail inviata al CCD agli atti le attività sono state eseguite nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	10	10
	5	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Questo obiettivo non è da tenere in considerazione in quanto la Direzione Aziendale ha deciso di soprassedere per l'anno 2017	😊	10	10
Performance/Adeguatezza	6	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	l'auto rilevazione della propria attività da parte del personale amministrativo è stata effettuata e trasmessa secondo i tempi richiesti	😊	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	l'analisi delle attività e dei processi è stata completata definendone il tempo medio entro i tempi indicati così come i volumi annui delle attività sono stati quantificati entro i tempi previsti	😊	0	0
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata					😊	10	10
								90	95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione
Direttore f.f. Dottoressa Ersilia D'Aste

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo parzialmente raggiunto	☹️	7,5	3,75
							7,5	3,75
	1	Adempimenti connessi con il recepimento della DGR Regione Liguria N.1292 del 30/12/2016 (Recepimento Intesa CSR 212 Linee guida per il Controllo Ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE)882/2004 e 854/2004 ed Intesa CSR 41 Linee guida 2073 e ss.mm.ed ii.) Tale recepimento nell'ordinamento regionale comporta la necessità di una successiva revisione anche del Piano regionale Integrato dei controlli in Sicurezza Alimentare e Sanità Animale (PRISA) a partire dall'anno 2017	% adeguamento anagrafica (basata dal 2006 su codici ATECO 2002) degli Operatori Settore Alimentare (OSA) alla codifica delle attività alimentari registrate e riconosciute Master List del Ministero Salute Tale anagrafica andrà utilizzata come riferimento univoco nazionale non solo ai fini della costruzione dell'anagrafe degli impianti di alimenti registrati e riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) n.852/2004, ma anche ai fini della categorizzazione dei rischi, della programmazione e della rendicontazione dei controlli ufficiali eseguiti ai sensi della normativa vigente in materia di sicurezza alimentare.	al 30/4/2107 completo adeguamento anagrafica degli OSA alla Master List al 30/6/2107 Simulazione di fattibilità dei controlli ufficiali in base alla nuova tempistica indicata nelle linee guida in ottemperanza a quanto richiesto dalla Regione Liguria per la predisposizione del PRISA al 31/12/2017 Attuazione delle attività specifiche previste nell'ambito del Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare (PRISA) stilato sulla base del risultato della simulazione.	Vedi Id. n. 58704875 del 16/03/2018. Obiettivo raggiunto	☺️	25	25
Trasparenza/Adeguatezza	2	Corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti con DGR 1606/2011 e ss.mm.ii	Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi, da valutarsi anche in base alle indicazioni che perverranno in tema di LEA dalla Regione Liguria	80% flussi 2017; con punteggio compreso fra 0 e 4 come da Monitoraggio CCD Report Regione Liguria, da valutarsi anche in base alle indicazioni che perverranno in tema di LEA dalla Regione Liguria	Vedi Id. n. 58704875 del 16/03/2018. Obiettivo raggiunto	☺️	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione
Direttore f.f. Dottoressa Ersilia D'Aste

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Perfor	3	Garantire la realizzazione degli interventi di promozione della salute previsti dal PRP nel setting scolastico, in collaborazione con gli altri servizi interessati, in particolare la S.C. Igiene e Sanità Pubblica, la SSD Centro disturbi comportamento alimentare e la S.C. Assistenza Consultoriale e SC Professioni Sanitarie	Collaborazione al progetto aziendale Numero incontri	Al 30/06/2017 realizzazione di almeno due incontri di coordinamento tra tutti i servizi interessati, con evidenza di un programma integrato per il raggiungimento degli obiettivi del PRP. Al 31/12/2017 incremento interventi previsti dal PRP, in collaborazione con gli altri servizi	Vedi Id. n. 58704875 del 16/03/2018. Obiettivo raggiunto	☺	10	10
	4	Partecipazione al Progetto Work Health Promotion con il CUG aziendale Asl 3 Genovese per l'argomento concernete "sana alimentazione" nell'ambito dei corretti stili di vita nel Progetto WHP_Promozione della salute sul luogo di lavoro in Asl3 assieme ad altre Strutture	Effettuazione di interventi formativi sulla sana alimentazione rivolti al personale della Asl 3	Rispetto del programma previsto dal progetto formativo	E' stato rispettato il programma previsto dal progetto formativo, realizzando due interventi per le 16 edizioni previste	☺	15	15
Appropriatezza	5	Rendicontazione dei dati aziendali e regionali 2017 del Sistema di Sorveglianza Okkio alla Salute in collaborazione con la S.S. Epidemiologia (S.C. Igiene Sanità Pubblica)	Acquisizione dati dall' Istituto Superiore Sanità e stesura del report regionali ed altri eventuali strumenti di comunicazione	Produzione reportistica e comunicazione dei risultati della raccolta dati 2017 Entro 5 mesi dalla fornitura dei dati	Vedi Id. n. 58704875 del 16/03/2018. Obiettivo raggiunto	☺	10	10
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	10	10
		Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il personale ha partecipato alla rilevazione prevista con le modalità e le schede predisposte.	☺		



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione
Direttore f.f. Dottoressa Ersilia D'Aste

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
Performance/	7	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup	Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	0	5	
	8	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura	Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Come da comunicazione pervenuta al CCD in data 28.5.2018, agli atti, l'obiettivo è da considerarsi non attuabile a seguito di comunicazione del 22.5.2017 ricevuta dalla Qualità, che ha considerato l'obiettivo non attuabile.	☺	10	10	
							90	95	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								97,50	98,75

Handwritten signature

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale
Direttore f.f. Dottore Nicola Pellegrino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	5	Il livello di spesa rispetta nella sostanza il budget assegnato	☺	10	5
					10	5			10	5
Performance/Appropriatezza	1	Ottimizzazione delle attività di programmazione dei controlli previsti dal Piano Regionale Integrato dei Controlli di Sicurezza Alimentare (PRISA)	Nr controlli effettuati /Nr controlli stabiliti dal PRISA	95 % controlli effettuati rispetto al programmato	25	20	Come da comunicazione pervenuta al CCD in data 28.5.2018, agli atti, i controlli effettuati (285) rispetto al programmato (294) si attestano al 96.9 %. Obiettivo raggiunto.	☺	25	20
	2	Corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti con DGR 1606/2011	Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi	95% flussi Lea 2016; punteggio totale <2; almeno 75% altri flussi con punteggio fra 0 e 4 Monitoraggio CCD Report Regione Liguria	25	25	Come da comunicazione pervenuta al CCD in data 28.5.2018, agli atti, tutti i flussi previsti sono stati inviati nelle scadenze previste. Obiettivo raggiunto.	☺	25	25
	4	Completamento dell'aggiornamento banche dati in conformità alla Masterlist	Riversamento dati anagrafiche esercizi nel sistemam SINVSA	Completamento riversamento esercizi fascia 2 50 % riversamento esercizi fascia 3	20	20	Come da comunicazione pervenuta al CCD in data 28.5.2018, agli atti, sono stati riversati sulla piattaforma ministeriale il 100% degli esercizi. Obiettivo raggiunto.	☺	20	20
	5	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura	Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	10	15	Come da comunicazione pervenuta al CCD in data 28.5.2018, agli atti, l'obiettivo è da considerarsi non attuabile a seguito di comunicazione del 22.5.2017 ricevuta dalla Qualità, che ha considerato l'obiettivo non attuabile. Obiettivo raggiunto.	☺	10	15



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale
Direttore f.f. Dottore Nicola Pellegrino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	6	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5	Come da comunicazione pervenuta al CCD in data 28.5.2018, agli atti, l'attività è stata completata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup	Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			Come da comunicazione pervenuta al CCD in data 28.5.2018, agli atti, l'attività è stata completata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	0
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			10	10	Come da comunicazione pervenuta al CCD in data 28.5.2018, agli atti, l'attività è stata completata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
					90	95			90	95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET				100	100
--------------------------------	--	--	--	------------	------------

100	100
------------	------------



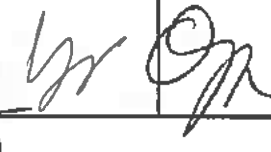
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Sanità Animale
Direttore Dottore Roberto Parodi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto Lo sfioramento è dovuto all'acquisto di stampati e precisamente: passaporti per animali da compagnia per un importo di € 5.124 non ricompresi nel budget assegnato	☺	10	5
								10	5
Performance/Appropriatezza	1	Piani di eradicazione: tubercolosi bovina, brucellosi bovina e ovi-caprina. Attuazione pianificazione e programmazione regionale; rispetto procedure e documentazione attività	Controllo del patrimonio zootecnico aziendale		100% allevamenti controllati rispetto a quelli previsti e mantenimento qualifica ufficialmente indenne. Flussi regionali/ministeriali	Vedinota prot. 58824292 del 22/03/2018	☺	15	15
	2	Corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti con DGR 1606/2011	Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi		Il 95% dei flussi Lea dovrà avere un punteggio totale (assegnato secondo le regole regionali) inferiore a 2. Almeno il 75% degli altri flussi dovrà avere punteggio compreso fra 0 e 4. Monitoraggio CCD. Report Regione Liguria	Obiettivo raggiunto vedi n. prot. 58824292 del 22/03/2018	☺	10	10
	3	Gestione delle segnalazioni di morsicature a persone provenienti dai Presidi Ospedalieri: ottimizzazione delle attività conseguenti	rispetto della tempistica prevista dalla vigente normativa	tempistica media al 31/12/2016 (misurata in giorni) intercorrente tra il ricevimento della segnalazione e la chiusura della pratica	riduzione del 10% rispetto al 31/12/2016 dei tempi medi (misurati in giorni) intercorrenti tra il ricevimento della segnalazione e la chiusura della pratica	Obiettivo raggiunto vedi n. prot. 58824292 del 22/03/2018	☺	15	15

Handwritten signature and initials

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Sanità Animale
Direttore Dottore Roberto Parodi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	4	Piano di sorveglianza sierologica per il virus della Febbre calarale degli ovini (Blue tongue)	Espletamento degli accertamenti diagnostici previsti dal piano nazionale di sorveglianza sierologica ed entomologica (83 campionamenti mensili presso allevamenti)	minimo a liv minist = 60%	Effettuazione del 70% rispetto al 60% degli accertamenti dovuti. Flussi regionali/ministeriali	Tutti i flussi ministeriali sono stati compilati e trasmessi nei tempi previsti, obiettivo raggiunto	☺	20	20
	5	Attuazione di un sistema di sorveglianza su malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento a infezione da virus Zika	rispetto del piano di sorveglianza entomologica regionale	n. controlli di sorveglianza entomologica previsti dal piano di sorveglianza entomologica regionale / n. di controlli eseguiti	rispetto al 90% delle frequenze di controllo previste dal piano di sorveglianza entomologica regionale	Obiettivo raggiunto vedi n. prot. 58824292 del 22/03/2018	☺	10	10
Performance/Appropriatezza	6	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Il progetto è stato annullato dall'amministrazione	☺	10	10
	7	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività	☺		5
	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro.				

18


SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Sanità Animale
Direttore Dottore Roberto Parodi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Obiettivo raggiunto vedi n. prot. 58824292 del 22/03/2018	☺	10	10
								90	95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100	100
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Igiene e Sanità Pubblica

Direttore f.f. Dottoressa Alessandra Robotti (sino al 16/08/2017)

Direttore f.f. Dottoressa Alessandra Robotti (sino al 16/08/2017)

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Responsabile del monitoraggio	Fonte e	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD		Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	10	5
									10	5
Performance/Adeguatezza	1	Realizzazione a livello aziendale degli obiettivi del PRP 2014-2018: A) Formazione MMG e PLS B) Costituzione e coordinamento équipe operativa	Numero di iniziative di formazione per MMG e PLS e numero azioni di coordinamento dell'équipe operativa		A) Realizzazione, entro il 30 Novembre 2017 ed in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie e i Direttori dei Distretti sociosanitari, di almeno un incontro informativo con i rappresentanti delle AFT dei MMG e dei PLS nei 6 Distretti sociosanitari, al fine di individuare percorsi di collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute previsti dal PRP B) Realizzazione ed effettuazione entro il 30 Novembre 2017 di almeno una riunione di coordinamento per ognuno dei tavoli di lavoro aziendali istituiti per il raggiungimento degli obiettivi del PRP (tavolo del setting comunitario, del setting scolastico, del setting lavorativo, della promozione dell'allattamento al seno e del Dipartimento di prevenzione) e del monitoraggio dei risultati raggiunti.		A) Le iniziative di formazione per MMG e PLS si sono svolte e sono state condivise con tutti i Direttori dei Distretti e la partecipazione è stata offerta ai MMG e PLS ed alle AFT di tutti i Distretti. B) L'équipe operativa è stata costituita per tutti i tavoli di lavoro aziendali	☺	25	25
	2	Consolidare le competenze degli operatori della S.C. Igiene e Sanità Pubblica per consentire un qualificato contributo alle valutazioni dei possibili impatti sulla salute, derivanti da situazioni legate ad incidenti rilevanti industriali, che potrebbero esporre la popolazione a potenziali rischi ad essi correlati	Evidenza di procedura scritta e numero di incontri formativi con il personale della S.C. I.S.P. interessato		Sicurezza definitiva e realizzazione di almeno un incontro formativo con tutto il personale interessato, entro il 30/09/2017 della procedura relativa alle attività della S.C. I.S.P. in merito alla gestione delle emergenze relative ad incidenti rilevanti in ambiente esterno Dal 1 novembre 2017 evidenza di applicazione della procedura		La Struttura Tutela della salute negli ambienti di vita ha realizzato due edizioni di un corso di formazione della durata di una giornata, nelle date 27 e 29 settembre	☺	15	15
	3	Rispetto della tempistica per i cicli vaccinali previsti dal Piano regionale Prevenzione Vaccinale (D.G.R. 1701/2014) con riduzione/contenimento liste di attesa di vaccinazione	- apertura di 6 ambulatori alla settimana, dislocati nelle tre principali sedi territoriali, dedicati alla vaccinazione verso meningococco B in regime di pagamento prenotabili tramite CUP attivazione ambulatori dedicati al recupero per il vaccino Meningococco quadrivalente ACWY delle coorti 1998-1999. In occasione di questa vaccinazione si procederà alla regolarizzazione di cicli vaccinali non completati o somministrazioni di vaccini previsti da Calendari Regionali e Ministeriali e precedentemente non effettuati			95% copertura cicli vaccinali nei tempi previsti 80% completamento cicli		Apertura di 6 ambulatori dedicati alla vaccinazione anti meningococco di tipo B nei quali, nel corso dell'anno, sono state effettuate 16346 vaccinazioni	☺	30
	4	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata						☺	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Igiene e Sanità Pubblica

Direttore f.f. Dottoressa Alessandra Robotti (sino al 16/08/2017)

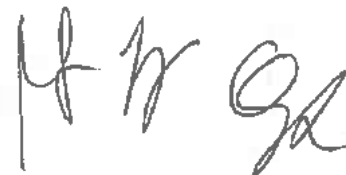
Direttore f.f. Dottoressa Alessandra Robotti (sino al 16/08/2017)

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Responsabile del monitoraggio	Fonte e	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance Appropriata	5	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		La rilevazione si è conclusa il 30 giugno, i dati sono stati caricati e trasmessi alla cabina di regia	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente scheda carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)				0	0
	6	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015		Risultati raggiunti. Vedi mail del 13/03/2016	☺	10	10
									90	95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET




100

100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.)
Direttore Dottore Attilio Businelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti ai 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
								5	5
Performance/Appropriatezza	1	Realizzazione della riorganizzazione delle attività in senso funzionale.	Rispetto della tempistica per il completamento della riorganizzazione.		Entro 30/09 riassegnazione del personale in base alla nuova organizzazione funzionale Entro 31/12 completamento riorganizzazione in senso funzionale del 100% delle attività	Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti, le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	2	Copertura del territorio in tema di controlli (Indicatori laboratorio MES)	F15.2.1 Numero aziende ispezionate/ Numero aziende con dipendenti	Lab MES Anno 2015= 1.748/30.196 (5,79%) (LEA previsto 1509)	per il parametro F15.2.1: sul LEA pari a 1659 aziende (PAT)	Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti, sono state ispezionate 1663 aziende. Obiettivo raggiunto.	☺	30	30
			F15.2.2 Numero aziende delle costruzioni ispezionate/Nr aziende delle costruzioni	Lab MES Anno 2015=1.070/2.986 (35,83%) (dato medio PSAL ultimi anni)<1200	mantenimento obiettivo budget 2016 pari a 1300 aziende delle costruzioni	Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti nel 2017 sono state ispezionate 1300 aziende di costruzione. Obiettivo raggiunto.			
			F15.2.3 Numero cantieri ispezionati/Numero cantieri notificati	Lab MES Anno 2015=659 su 3448 (19,11%) (da piano nazionale prevenzione 2017) N° 610	incremento del 10% su piano nazionale edilizia ispezione di 671 cantieri	Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti nel 2017 sono stati ispezionati 623 cantieri. Obiettivo parzialmente raggiunto.			

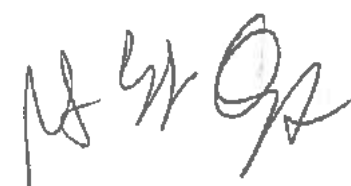
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.)
Direttore Dottore Attilio Businelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestili dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
	3	Efficienza produttiva (Indicatori laboratorio MES)	F15.3.1 Numero aziende ispezionate/Numero personale UPG ponderato PSAL	Lab MES Anno 2015= 1748/31 (56,39) da ispezionare (budget aziendale 2016) N°_ 78	raggiungimento risultati obiettivo budget 2016 pari a 75 aziende ispezionate per UPG	Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti nel 2017 sono state ispezionate 95 aziende. Risultato raggiunto.	☺	30	30
			F15.3.2 Numero sopralluoghi/Numero personale UPG SPSAL	Lab MES Anno 2015= 1687/31 (54,42) sopralluoghi (budget aziendale 2016) N°_ 81	raggiungimento risultati obiettivo budget 2016 pari a 81 sopralluoghi per UPG.	Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti nel 2017 sono stati effettuati 74 sopralluoghi. Obiettivo parzialmente raggiunto.			
	4	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti, le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.)
Direttore Dottore Attilio Businelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5	
Performance/Appropriatezza	5	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti, le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	5	5	
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti, le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	5	5	
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da comunicazione ID.n.59959209 del 18.5.2018 trasmesso al CCD agli atti, le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10	
								95	95	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Medicina Legale
Direttore Dottoressa Tiberia Boccardo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD		☺	7,5	3,75	
	2	Rispetto budget economico relativo a emolumenti per componenti Commissioni invalidità Civile	Importo liquidato		Riduzione 5% rispetto Anno 2014 emolumenti per commissioni Report Bilancio	Importo pagato 2014 = 168651 Importo pagato 2017=149703	☺	5	5	
								12,5	8,75	
Performance e Appropriatazza	1	Riorganizzazione offerta prestazioni ambulatoriali	Erogazione prestazioni entro 10 dalla prenotazione	entro 7 gg dalla prenotazione	Rispetto tempi di attesa	Vedi Id. n. 58739317 del 19/03/2018. Obiettivo raggiunto	☺	20	20	
	2	Riduzione dei tempi di effettuazione delle visite in tema di responsabilità professionale	relazione medico legale entro due mesi dalla effettuazione della visita	90% delle richieste inoltrate	Rispetto dei tempi previsti per il 90% delle richieste	Vedi Id. n. 58739317 del 19/03/2018. Obiettivo raggiunto	☺	25	25	
	3	Ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso alle visite specialistiche indicate dalla CML	Evidenza progetto di attivazione delle prenotazioni per visite specialistiche correlate agli accertamenti previsti da CML. Patenti	entro 30 gg dalla richiesta della CML	Evidenza progetto Applicazione da 1/7	Vedi Id. n. 58739317 del 19/03/2018. Obiettivo raggiunto	☺	20	20	
	4	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Questo obbiettivo non è da tenere in considerazione in quanto la Direzione Aziendale ha deciso di soprassedere per l'anno 2017	☺	10	10	☺
		Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Obiettivo raggiunto. Vedi n. 58739317 del 19/03/2018	☺	0	5	☺

[Handwritten signature]

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Medicina Legale
Direttore Dottoressa Tiberia Boccardo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
	0	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	l'obiettivo per quanto di competenza è stato raggiunto.	☺	0	0	☹
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da comunicazione inviata al ccd agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	10	10	
								85	90	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								97,5	98,75	



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Farmacia Ospedallera
Direttore Dottoressa Simonetta Nobile

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti dirigenza	Punti comparto	Note	Punti def dirigenza	Punti def comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura	Rispetto budget economico assegnato		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD	Come da scheda allegata l'obiettivo è stato raggiunto	10	5	😊	10	5
							10	5		10	5
Performance/Appropriatezza	1	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC recepimento delle linee guida regionali in ambito rimanenze con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 31/07/2017 presentazione progetto	Come da nota ID.n.58514365 trasmessa al CCD agli atti, l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	15	15	😊	15	15
			evidenza istruzioni operative		Entro 31/11/2017 istruzioni operative area rimanenze	Come da nota ID.n.58514366 trasmessa al CCD agli atti, l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	15	15	😊	15	15
	2	Monitoraggio delle terapie ad alto costo; recupero e reinvestimento dei rimborsi nelle terapie innovative, razionalizzazione degli accessi alle terapie innovative	cdi casi e spesa per oncologie		report trimestrali alla DMO, alla Direzione Sanitaria aziendale, al CCD, ed ai cdc interessati	Come da nota ID.n.58514365 trasmessa al CCD agli atti i report sono stati inviati alle strutture competenti nei modi e tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	15	15	😊	15	15
	3	Spesa reumatologica biosimilari vs brand monitoraggio della spesa	Monitoraggio impiego biosimilari per Reumatologia		- entro il 30/04/2017 predisposizione richiesta motivata per brand biologici reumatologici - Entro il 31/12/2017 report del consumo biologici brand vs biosimilari 2016/2017 al 30/06/2017 ed al 31/12/2017 con trasmissione report alla struttura interessata, al CCD, alla DS aziendale, alla Direzione POU	Come da nota ID.n.58514365 trasmessa al CCD agli atti, la richiesta motivata è stata predisposta mentre non è stato possibile effettuare i report per carenza di personale e per impossibilità di estrarre i dati dalla procedura. Obiettivo raggiunto.	5	5	😊	5	5
	4	Audit UFA per temperatura trasporto preparazioni chemioterapiche	numero di rilevazioni effettuate		numero di rilevazioni effettuate, date e report invio al 30/06/2017 e 31/12/2017	Come da nota ID.n.58514385 trasmessa al CCD agli atti le attività sono state effettuate nei modi e tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	15	15	😊	15	15
5	Estensione a tutte le RSA convenzionate afferenti alla S.C. Assistenza Geriatrica del progetto di distribuzione delle medicazione avanzata (DGR 1031/2013)	Incremento distribuzione n° distribuzioni e valore 2017/2016		n° distribuzioni e valore 2017 > anno 2016	Come da nota ID.n.58514385 trasmessa al CCD agli atti nel 2017 sono stati distribuiti 292 pacchetti per un spesa di € 15.113 contro i 223 pacchetti e la spesa di € 8.469 del 2016. Obiettivo raggiunto.	5	5	😊	5	5	

by Gp 18

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Farmacia Ospedaliera
Direttore Dottoressa Simonetta Nobile

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti dirigenza	Punti comparto	Nota	Punti def dirigenza	Punti def comparto
	6	Attivazione / verifica fattibilità procedure certificazione per Unità Farmaci Antiblastici (UFA)			entro 30/06/2017 verifica con Settore qualità delle istruzioni e procedure operative attualmente in uso entro 31/12/2017 completamento ed aggiornamento delle istruzioni e procedure operative propedeutiche alla certificazione della struttura	Come da nota ID.n.58514365 trasmessa al CCD agli atti, l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	10	☺	10	10
Performance/Adeguatezza	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				*Come da nota ID.n.58514365 trasmessa al CCD agli atti, l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	10	☺	10	10
	8	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	*Come da nota ID.n.58514365 trasmessa al CCD agli atti, l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.		5	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relative trasmissione alla cabina di regia subordinata al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	*Come da nota ID.n.58514365 trasmessa al CCD agli atti, l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.					
							90	95		90	95


TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100	100		100	100
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	------------	------------	--	------------	------------

h *GN*

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Farmaceutica Convenzionata

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoreggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti dirigenza	Punti comparto	Note	Punti Def dirigenza	Punti def comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura	Rispetto budget economico assegnato		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD	Come da scheda allegata l'obiettivo è stato raggiunto	10	5	😊	10	5
							10	5		10	5
Performance/Adeguatezza	1	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito rimanenza con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 31/07/2017 presentazione progetto	Nota ID n. 54635050 del 14/07/2017	20	20	😊	20	20
			evidenza istruzioni operative		Entro 30/11/2017 istruzioni operative area rimanenze	Invio istruzioni operative in data 30/11/2017	20	20	😊	20	20
	2	Implementazione prescrizione medicinali a brevetto scaduto, aggiornamento e sensibilizzazione medici prescrittori, monitoraggio delle prescrizioni territoriali con invio informativa di ritorno ai medici prescrittori	- comunicazioni con la medicina generale circa obiettivi di appropriatezza prescrittiva con definizione di specifici indicatori compreso l'indicatore inerente il parametro in termini di DDD di medicinali a brevetto scaduto - comunicazioni con i medici dipendenti di ASL3 su comportamenti prescrittivi ed erogativi - incontri specifici a livello Distrettuale con almeno con i referenti AFT, circa gli obiettivi regionali		- numero di comunicazioni effettuate/schede medico/schede dipa - compilazione di schede inerenti	Come da nota ID.n.58692749 del 15.3.2018 trasmessa al CCD agli atti sono state effettuate 48 comunicazioni, inviate 1.848 schede medico e 42 schede dipartimentali e sono stati effettuati 6 incontri specifici di AFT. Obiettivo raggiunto.	20	20	😊	20	20
3	Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche con invio informativa di ritorno ai medici prescrittori	schede medico/schede dipartimentali trasmesse		Invio report trimestrali	Vedasi nota Id n.58692749 del 15/03/2018 trasmessa al CCD e agli atti - Obiettivo raggiunto	20	20	😊	20	20	



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Farmaceutica Convenzionata

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Funz. e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti dirigenza	Punti comparto	Note	Punti Def dirigenza	Punti def comparto	
	4	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da nota Prot.n. 58692749 del 15/03/2018 tutti gli obiettivi previsti (effettuazione corso FAD, incontri formativi sul Codice di Comportamento ecc.) sono stati raggiunti.	10	10	☺	10	10	
	5	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da nota Prot.n. 58500726 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.		5	☺	0	5	
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilare oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da nota Prot.n. 58692749 del 15/03/2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.						
							90	95		90	95	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100	100			100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Peso Dirigenza	Peso Comparto
1	Optimizzazione costi, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/08/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto, Vedasi scheda budget economico 2017 con motivazioni dello sfioramento	😊	10	10
2	Optimizzazione costi per acquisti servizi	Rispetto budget economico assegnato relativamente a: Area Anziani Area Disabili		Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per area Verifica CCD/Bilancio	Obiettivo raggiunto vd. Scheda denominata "budget bilancio 2017" VEDERE SCHEDA X 3000 EURO	😊	20	15
3	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA,II 3) Apparecchi acustici 4) Cercozzine pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. Report Direttore Dip Cure Primarie	Come da report ID.n.58425074 del 27.2.2018 agli atti, la diminuzione della spesa esterna si attesta al 9%. Obiettivo raggiunto.	😊	20	10
4	Appropriatezza prescrizioni protesica: collaborazione con i Distretti Socio Sanitari per la produzione di reportistica trimestrale finalizzata alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	Evidenza report trimestrale		Definizione report entro mese di aprile Creazione reportistica entro il 30/05/2017 Invio dati con cadenza concordata	Come da report ID.n.58425074 del 27.2.2018 agli atti, tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e di richiesti. Obiettivo raggiunto.	😊	0	20
5	PDPA BPCO 1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro aprile 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazienti a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	Come da report ID.n.58425074 del 27.2.2018 agli atti, tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e di richiesti. Obiettivo raggiunto.	😊	25	0

M. Z. Or

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E ATTIVITA' DISTRETTUALI
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

n°	Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Peso Dirigenza	Peso Comparto
6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda all'agata				Come da report ID.n.58425074 del 27.2.2018 agli atti, tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e di richiesti. Obiettivo raggiunto.	😊	15	15
7	Valutare l' idoneità dello strumento della coabitazione per le differenti tipologie di utenti dei servizi territoriali con problematiche legate all'abilare e verificare la fattibilità di progetti specifici	Attivazione di un tavolo interservizi sul tema del cohousing	Sul tema specifico esistono alcune esperienze ASL ma non esiste nulla di strutturato a livello di azienda	Attivazione del tavolo entro il 30/4/2017 Stesura relazione conclusiva a cura del tavolo di lavoro entro il 31/12/2017	Come da report ID.n.58425074 del 27.2.2018 agli atti, tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e di richiesti. Obiettivo raggiunto.	😊	10	15
8	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da report ID n.58425074 del 27.2.2018 agli atti, tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e di richiesti. Obiettivo raggiunto.	😊	0	15
	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)				

TOTALE SCHEDA DI BUDGET

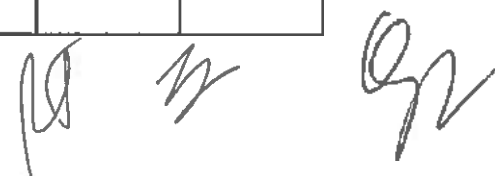
100 100

In data 20.09.2017 concordato con Dott.ssa Solari che obb nr 6 Trasparenza e prevenzione della corruzione non deve essere oggetto di valutazione per il Dipartimento in quanto gli obiettivi sono stati somministrati alle singole strutture dipartimentali, non essendo il direttore del dipartimento Cure Primarie individuato come referente nel PTCPT. Il punteggio sulla base del quale deve essere fatta la valutazione della Struttura diventa pertanto 85.



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 8 Ponente
Direttore Dottore Filippo Parodi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	L'impegno verso il raggiungimento dell'obiettivo è ben registrato. Occorre tenere in considerazione anche l'obiettivo di estensione dell'attività come espresso nella relazione allegata	☺	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili Report Direttore Dip Cure Primarie	Come da comunicazione pervenuta al CCD a mezzo mail da parte del Direttore del Dipartimento Cure Primarie, agli atti, l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	15	5
									20
Efficacia	1	Referti on line Aumento dell'adesione al progetto "Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale, riorganizzazione delle attività del personale, ecc, ecc...	nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti, le adesioni sono aumentate del 57% 11.226 nel 2017 vs 7.126 nel 2016. Obiettivo raggiunto.	☺	20	10
	2	Numero Verde riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti, è stato individuato il referente e sono state definite le procedure relative al numero verde. A fronte di 8 richieste pervenute sono stati collocati 8 utenti con i termini stabiliti dalla priorità. Obiettivo raggiunto	☺	15	0



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Distretto 8 Ponente

Direttore Dottore Filippo Parodi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriata	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti, sono state segnalate alle Cure Primarie n.2 agende con i relativi correttivi da applicare. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.Li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT 2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT (almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE) 2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti, sono stati effettuati n.6 incontri con i responsabili di AFT. Obiettivo raggiunto. Con Delermina n.440 del 5.3.2018 della S.C. Cure Primarie è stata effettuata la riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
	5	PDPA BPCO 1)Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2)formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3)garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4)promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazienti a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti: Entro il 30 giugno 2017 sono stati restituiti compilati il 100 % questionari GOLD consegnati (102 schede totali). Entro il 30 settembre 2017 sono state eseguite il % delle spirometrie (n.3) Entro il 31 Dicembre 2017 sono stati elaborati i dati per la verifica % di pazienti a rischio BPCO - Obiettivo raggiunto	☺	5	0

Handwritten signature: A. B. C.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 8 Ponente
Direttore Dottore Filippo Parodi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	6	DGR.181/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione POTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari) - presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti: la % di somministrazione si attesta al 92 % (66 schede per 72 pz presi in carico) Nessun pz segnalato da MMG	☺	0	10
	7	DGR.181/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti:	☺	0	25
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione (festivi esclusi)	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti è stato raggiunto il 77 % dei pazienti segnalati, primo accesso entro le 48 ore dalla dimissione: 24 accessi / 38 segnalazioni	☺		
	8	DGR.181/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o POTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico - presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dai MMG/Specialista	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti sono state somministrate 182 schede GOLD. Nessun paziente segnalato da MMG/ Specialista. Obiettivo raggiunto.	☺	0	10
	9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interna, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti è stato effettuato n.1 accesso entro i 9 gg per pz over 75 proveniente dalla pneumologia. Obiettivo Raggiunto	☺	0	10
10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12	Come da nota Prot.n. 58500726, agli atti nell'ambulatorio di Campoligure l'incremento orario registrato è stato del 25 %, Obiettivo raggiunto.	☺	0	10	

Handwritten signature and initials

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 8 Ponente
Direttore Dottore Filippo Parodi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da nota Prot.n. 58500726 tutti gli obiettivi previsti (effettuazione corso FAD, incontri formativi sul Codice di Comportamento ecc.) sono stati raggiunti.	☺	10	10
	12	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da nota Prot.n. 58500726 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da nota Prot.n. 58500726 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.			
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								80	90
								100	100

Handwritten signatures in blue ink.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 9 Medio Ponente
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico	☺	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e conferimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. Report Direttore Dip Cure Primarie	Come da comunicazione pervenuta al CCD a mezzo mail da parte del Direttore del Dipartimento Cure Primarie, agli atti, l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	15	5
								20	10
Performance/Appropriatazza	1	Referti on line Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale, riorganizzazione delle attività del personale, ecc. ecc.	nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2015	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2016, gli atti, l'incremento delle adesioni registrato nel 2017 è pari al 33 % (16.194 referti online 2017 contro 12.046 del 2016). Obiettivo raggiunto.	☺	20	10
	2	Numero Verde riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prelezioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	Come da comunicazione avvenuta a mezzo mail e trasmessa al CCD, agli atti, è stata definita la procedura ed individuato il referente. La percentuale di soluzione delle proposte è del 100%	☺	15	0
	3	Controllo del T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2016, gli atti, i tempi di attesa sono stati ridotti e sono stati segnalati n.3 agende, poi rimodulate dalle Cure Primarie. Obiettivo Raggiunto.	☺	15	0
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT 2) applicazione al 100% del		1) n° di incontri con AFT (almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche risolte (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2016 nel 2017, agli atti, sono stati effettuati 6 incontri con i responsabili di AFT, tutti	☺	15	0



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Distretto 9 Medio Ponente

Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati stesal anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
		deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.R.Sa	modello AFT		2) evidenza di provvedimenti/strutture/azioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	verbalizzati (agli atti della Direzione del Distretto). Obiettivi raggiunti.			
Performance/Approvazione	5	PDTA BPCO 1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazienti a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti, tutte le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	5	0
	6	DGR 161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari) - presa in carico di almeno 60 % dei pazienti segnalati dai MMG	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti, la % di somministrazione registrata nel 2017 è pari al 81 % (83 schede / 102 pz). Nessun pz segnalato da MMG. Obiettivo raggiunto.	😊	0	10
	7	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliera		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti la revisione e l'implementazione del sistema di segnalazione sono avvenuti nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	0	25
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione (festivi esclusi)	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti è stato raggiunto il 94 % dei pazienti segnalati, primo accesso entro le 48 ore dalla dimissione: 18 accessi / 21 segnalazioni. Obiettivo raggiunto.	😊	0	0
	8	DGR.161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli c/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico - presa in carico per monitoraggio del 60% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti sono state somministrate 219 schede GOLD nell'ambulatorio infermieristico di Fiumara. Obiettivo raggiunto	😊	0	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 9 Medio Ponente
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
	9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interna, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"	Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti sono stati effettuati 2 accessi per pz over 75, uno entro 9 gg e l'altro entro 7 gg dalla dimissione. Obiettivo raggiunto.	☺	0	10	
Performance/Adeguatezza	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12	Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti nell'ambulatorio di Fiumara l'incremento orario registrato è stato del 23 %, Obiettivo raggiunto.	☺	0	10	
	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti tutti gli obiettivi previsti (effettuazione corso FAD, incontri formativi sul Codice di Comportamento ecc.) sono stati raggiunti.	☺	10	10	
	12	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Amaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	5	
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Amaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione Prot.n.30127 del 2.3.2018 nel 2017, agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.				
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									80	90
									100	100



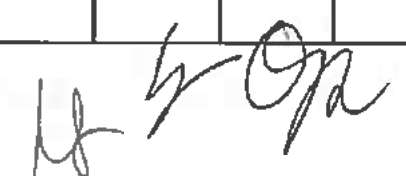
SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dott.ssa Loredana Minetti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico	☺	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro refenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. Report Direttore Dip Cure Primarie	Nota n. 58425074 del 27/02/2018	☺	15	5
									20
	1	Referti on line Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale , riorganizzazione delle attività del personale , ecc, ecc...	nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	Anno 2016: 6416 Anno 2017: 9993	☺	20	10

Handwritten signatures

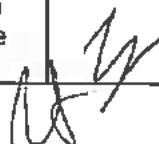

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dott.ssa Loredana Minetti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	2	Numero Verde riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	Con n. prot. N. 54030229 del 15/06/2017 il Distretto ha provveduto ad indicare i nominativi dei referenti individuati.	☺	15	0
	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dai tempi di attesa della P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	Le % richieste sono state rispettate	☺	15	0
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT -2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT (almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE) 2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	Nel 2017 sono stati effettuati 6 incontri con i referenti AFT. I MMG e PLS del DSS10 sono tutti inseriti nelle 6 AFT Distrettuali	☺	15	0



SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dott.ssa Loredana Minetti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	5	<p>PDPA BPCO</p> <p>1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico</p> <p>2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale</p> <p>3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi</p> <p>4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO</p>	<p>1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici</p> <p>2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG</p> <p>3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD</p> <p>4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati</p>		<p>- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati</p> <p>- entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO</p> <p>- entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico</p> <p>- entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazienti a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata</p>	<p>Sono stati somministrati e compilati 133 questionari GOLD di cui 22 positivi e segnalati al MMG</p>	☺	5	0
	6	<p>DGR.161/2016</p> <p>AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI</p> <p>a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDPA BPCO domiciliare</p>	<p>Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG</p>		<p>- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari)</p> <p>- presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG</p>	<p>Pazienti eleggibili 169 - somministrati e compilati 132 questionari Gold (78%)</p>	☺	0	10
	7	<p>DGR.161/2016</p> <p>AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI</p> <p>b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere</p>	<p>Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliera</p>		<p>- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica)</p> <p>- da settembre 2017 implementazione utilizzo</p>	<p>Con N. prot. N. 54696770 del 19/07/2017 è stata comunicata la rielaborazione della scheda di segnalazione ospedaliera con proposte di modifica condivise con le UVO</p>	☺	0	25

Handwritten signatures and initials:



SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dott.ssa Loredana Minetti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione (festivi esclusi)	Per il 98% dei pazienti è stato effettuato l'accesso entro le 48h	☺	0	0
	8	DGR.161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico - presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista	Gli ambulatori infermieristici in cui vengono somministrati i questionari Gold sono 4 . Nessun paziente è stato segnalato dai MMG o da specialisti.	☺	0	10
	9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interna, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"	Valutazione effettuata entro 10 giorni con percentuale del 100%	☺	0	10



SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dott.ssa Loredana Minetti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12	Obiettivo raggiunto	☺	0	10
	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da nota Prot.n. 54696770 del 19/07/2017 tutti gli obiettivi previsti (effettuazione corso FAD, incontri formativi sul Codice di Comportamento ecc.) sono stati	☺	10	10
	12	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da nota Prot.n. 54696770 del 19/07/2017 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da nota Prot.n. 54696770 del 19/07/2017 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.			
TOTALE SCHEMA DI BUDGET								80	90
								100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

 S.C. Distretto 11 Centro
 Direttore Dottore Carlo Nava

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/08/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Vedasi scheda Budget economico 2017 con riassunto relazione Direttore SC	☺	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. Report Direttore Dip Cure Primarie	Come da comunicazione pervenuta al CCD a mezzo mail da parte del Direttore del Dipartimento Cure Primarie, agli atti, l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	15	5
								20	10
ZZR	1	Referti on line Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale, riorganizzazione delle attività	nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti, il numero di adesioni si attesta al 50%. Obiettivo raggiunto.	☺	20	10
	2	Numero Verde riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti sono state effettuate tutte le attività previste e sono state evase il 100% delle richieste pervenute (n.11) nei termini stabiliti.	☺	15	0



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Distretto 11 Centro
Direttore Dottore Carlo Nava

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriate	3	Controllo del T.A della prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agenda segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti l'attività di segnalazione delle agende è stata completata. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti ai cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT -2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT (almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE) 2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti sono state effettuate tutte le attività previste dall'obiettivo. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
	5	PDITA BPCO 1)Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2)formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3)garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4)promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazienti a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti sono state effettuate tutte le attività previste dall'obiettivo. Obiettivo raggiunto.	☺	5	0



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

**S.C. Distretto 11 Centro
Direttore Dottore Carlo Nava**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	6	DGR. 161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta. applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari) - presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti la scheda GOLD è stata somministrata al 73% dei pazienti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	10
	7	DGR. 161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti le attività previste sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	25
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione (festivi esclusi)	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti il 100 % dei pz segnalati dagli ospedali è stato visitato entro le 48 ore. Obiettivo raggiunto.	☺	0	0
	8	DGR. 161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico - presa in carico per monitoraggio del 60% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti il questionario GOLD è stato somministrato al 100% del. E' stato preso in carico l'unico paziente segnalato dal MMG.Obiettivi raggiunti.	☺	0	10
	9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interna, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure intermedie ASL 3 "Genovese"	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti è stata elaborata una scheda dedicata alla rilevazione domiciliare. Nessun paziente inviato dalle strutture. Obiettivo raggiunto.	☺	0	10
	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti è stato incrementato l'orario di un ambulatorio infermieristico il giovedì pomeriggio. Obiettivo raggiunto.	☺	0	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

**S.C. Distretto 11 Centro
Direttore Dottore Carlo Nava**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesa anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei modi e tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	12	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei modi e tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione ID n.58408547 del 26/2/2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei modi e tempi previsti. Obiettivo raggiunto.		0	0
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								80	50
								100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia

Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico	☺	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. Report Direttore Dip. Cure Primarie	Report Obiettivi budget Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali nota IO n. 56425074 del 27/02/2016	☺	15	5
								20	10
Qualità	1	Referti on line Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale, riorganizzazione delle attività del personale, ecc.	nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale	☺	20	10
	2	Numero Verde riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	Vedi Id n. 81642 del 08/06/2017 con cui sono stati individuati i nominativi degli operatori referenti	☺	15	0



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia

Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2018	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Apporti	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	E' stata pienamente rispettata la % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P.	☺	15	0
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.ii.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT - 2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT (almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE) 2) evidenza di provvedimenti atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	Sono stati effettuati 5 incontri nel corso del 2017 per la riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con le AFT con presenza dei referenti	☺	15 0	0 0
	5	PDTA BPCO 1)Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2)formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3)garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4)promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazienti a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	In data 04/09/2017 si effettuava incontro con referenti AFT sullo stato dell'arte del progetto PDTA BPCO	☺	5	0



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia

Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	6	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari) - presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG	Somministrazione scheda Gold ad almeno 705 dei pazienti presi in carico in regime prestazionale- Questionari somministrati 98%	☺	0	10
	7	DGR. 161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo	In collaborazione con le UVD aziendali è stato elaborato il nuovo modulo informalizzato nei tempi previsti. Da 09/17 ne è stato implementato l'utilizzo	☺	0	25
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione (festivi esclusi)	è stato garantito l'accesso, entro le 48h, al 97% dei pazienti		0	0
	8	DGR. 161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico - presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista	vedi td. 58425049 del 27/02/2018 - obiettivo raggiunto	☺	0	10
	9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g. dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interna, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"	vedi Id. 58425049 del 27/02/2018 - obiettivo raggiunto	☺	0	10
	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31/12/2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12	vedi Id. 58425049 del 27/02/2018 - obiettivo raggiunto	☺	0	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia

Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti d'ingenza	Punti comparto
Performance/Proprietà	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da nota Id.n. 58425049 tutti gli obiettivi previsti (effettuazione corso FAD, incontri formativi sul Codice di Comportamento)	☺	10	10
	12	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da nota Id.n. 58425049 del 27/02/2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti Obiettivo raggiunto.	☺		5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da nota Id.n. 58425049 del 27/02/2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.			0
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								80	90
								100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Distretto 13 Levante

Direttore Dottor Mario Fiscì

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto Lo sfioramento di € 26.453 è dato dalla voce materiale per la profilassi (vaccini).	☺	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. Report Direttore Dip Cure Primarie	Report Obiettivi budget Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali nota ID n. 58425074 del 27/02/2018	☺	15	5
								20	10
	1	Referti on line Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale, riorganizzazione delle attività del personale, ecc, ecc...	nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti l'aumento si attesta al 30%. Obiettivo raggiunto.	☺	20	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Distretto 13 Levante

Direttore Dottor Mario Fiscì

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Proprietà	2	Numero Verde riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti è stata denunta la procedura, individuato il referente e delle 2 segnalazioni pervenute 2 pz sono stati collocati in visita nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti l'attività di segnalazione delle agende e il monitoraggio previsto sono state effettuate. Rispettata la % di soddisfazione dei tempi di attesa. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT - 2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT (almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE) 2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti sono stati effettuati n.6 incontri con AFT e predisposto il documento relativo alla riorganizzazione condiviso con AFT. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
								0	0



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Distretto 13 Levante
Direttore Dottor Mario Fisci

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	5	PDTA BPCO 1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazienti a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	5	0
	6	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari) - presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti la scheda Gold è stata somministrata al 73% dei pz presi in carico. Nessuna segnalazione è stata fatta dai MMG. Obiettivo raggiunto.	☺	0	10
	7	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti il modulo è stato implementato nei tempi e modi previsti.	☺	0	25

Mario Fisci

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

**S.C. Distretto 13 Levante
Direttore Dottor Mario Fisci**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
		semplificato presa in carico dopo dimissioni ospedaliere	Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione (festivi esclusi)	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti il 100% dei pazienti segnalati (nr. 16pz) ha avuto il primo accesso entro le 48h. Obiettivo raggiunto.	☺	0	0
	8	DGR. 161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico - presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti la scheda GOLD è stata somministrata ai pazienti nelle sedi ambulatoriali di Sturla e Nervi. Nessun pz segnalato da MMG.	☺	0	10
	9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interna, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti non è pervenuta alcuna segnalazione. Obiettivo raggiunto.	☺	0	10
Performance/Appropriatezza	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti è stato incrementato del 20% l'orario settimanale di 1 ambulatorio infermieristico	☺	0	10
	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del 6.3.2018 agli atti gli obiettivi previsti dalla scheda sono stati ampiamente raggiunti.	☺	10	10
		Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Amaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione Prot.n. 58519270 del	☺	0	5

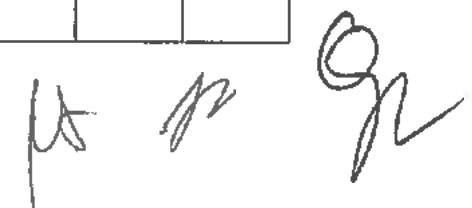


SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Cure Primarie

Direttore Dottore Lorenzo Bistolfi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5		☹️	3,75	3,75
	2	Ottimizzazione costi relativi all'acquisto di servizi sanitari (MMG ambul, PPA...)	Rispetto budget economico assegnato	Vedi scheda allegata denominata Budget 2017	10	5	Come da scheda denominata Budget Bilancio 2017 l'obiettivo è stato raggiunto.	😊	10	5
					15	10			13,75	8,75
Governance/Appropriatezza	1	Migliorare la governance della Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna attraverso il monitoraggio della saturazione delle Agende, ricondotte al numero di ore di incarico settimanale dei singoli specialisti, con riordino dell'offerta.	verifiche e saturazioni delle singole Agende rapportato al numero di ore di incarico settimanale	verifiche singole Agende 100% saturazione delle agende tra 85 e 90%	20	20	Come da mail inviata al CCD in data 12.3.2018 agli atti, tutte le agende sono state verificate e la relativa saturazione è mediamente superiore al 90 %. Obiettivo raggiunto.	😊	20	20
	2	Monitoraggio dell'appropriatezza delle Prescrizioni di Specialistica Ambulatoriale da parte degli Specialisti Convenzionati Interni con il coinvolgimento di almeno una struttura specialistica aziendale. (in collaborazione con i Distretti e con il POU che partecipa con una specialità ad esempio Cardiologia)	% prescrizioni su cui sono state fatte le verifiche della concordanza della classe di priorità assegnata dal medico prescrittore rispetto alla valutazione dello specialista sulla base delle schede RAO (valore percentuale di prescrizioni concordanti).	Percentuale di prescrizioni su cui sono state fatte le verifiche di concordanza maggiore o uguale 80%	20	20	Come da mail inviata al CCD in data 12.3.2018 agli atti, la percentuale di prescrizioni concordanti si attesta ad un valore maggiore o uguale 80%. Obiettivo raggiunto.	😊	20	20
		Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT (MMG- PLS) con presenza di referenti	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del	1) n° di incontri con AFT (almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (DISTRETTI)	10	10	Come da comunicazioni ricevute dai Direttori di DSS agli atti, sono stati effettuati 6 incontri di AFT in tutti i Distretti. L'obiettivo è stato raggiunto.	😊	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Cure Primarie
Direttore Dottore Lorenzo Bistolfi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Perf	3	nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento, secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li Sa	protocollo condiviso con AFT 2) applicazione al 100% del modello AFT	2) evidenza di provvedimenti/atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT	10	10	Come da comunicazioni ricevute dai Direttori di DSS agli atti sono stati inviati alle Cure Primarie i verbali degli incontri effettuati con le problematiche riscontrate.	☺	10	10
	4	Organizzazione del modello AFT applicato alla specialistica ambulatoriale (II semestre 2017 in presenza delle indicazioni regionali), secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li Sa	applicazione del modello AFT (ogni specialista deve essere inserito nel modello AFT)	evidenza di provvedimenti/atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'inserimento di tutti i SUMAI al modello AFT	15	10	Come da mail inviata al CCD in data 12.3.2018 agli atti le Cure Primarie hanno predisposto, in attesa di disposizioni regionali, una proposta utile alla suddivisione in AFT degli Specialisti SUMAI sul territorio di competenza di Asl 3. Obiettivo raggiunto.	☺	15	10
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			10	20	Come da mail inviata al CCD in data 12.3.2018 agli atti tutti gli obiettivi previsti dalla scheda sono stati raggiunti nei modi e tempi previsti. Obiettivi raggiunti.	☺	10	20
					85	90			85	90
TOTALE SCHEDA DI BUDGET					100	100			98,75	98,75



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Assistenza Consultoriale
Direttore f.f. Dottoressa Laura Battaglia

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico	😊	5	5
	2	Ottimizzazione costi relativi all'acquisto di servizi sanitari (residenzialità, ambul...)	Rispetto budget economico assegnato		Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività Raport CCD (portale Direzionale)	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget bilancio 2017 allegata.	😊	5	0
								10	5
	1	Applicazione delle procedure sulla tracciabilità dei campioni inviati ad Anatomia Patologica	n. rilevazione delle criticità nella applicazione della procedura monitoraggio del corretto invio secondo la procedura al 31/12/2017		corretta applicazione della procedura	Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti è stata applicata la "Procedura confezionamento e trasporto campioni per lettura istocitopatologica" su tutti i campioni inviati. Nessuna criticità rilevata. Obiettivo raggiunto.	😊	10	10
	2	Promozione offerta vaccinale nel primo anno di vita e contrasto al fenomeno della riduzione dell'adesione tramite sensibilizzazione negli incontri di preparazione alla nascita ed in ogni occasione di incontro con i neo genitori	n. vaccinazioni esavalente effettuate/n. nuovi nati monitoraggio al 31/12		% copertura vaccinale dei nuovi nati in coerenza con l'indicatore nazionale (>95%)	Come da mail inviata al CCD, agli atti, sono stati vaccinati il 100% nuovi nati 2017 (660 nuovi nati). Obiettivo raggiunto.	😊	10	10
			n. gravidanze fisiologiche						



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Assistenza Consultoriale
Direttore f.f. Dottoressa Laura Battaglia

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	3	Assistenza alla gravidanza integrata tra territorio e punti nascita Ospedale Villa Scassi e OEI Evangelico. Consolidamento dell'attività ambulatoriale a gestione ostetrica per le gravidanze a basso rischio	n. invio gravidanze a rischio ai punti nascita n. gravidanze al 31/12		evidenza della procedura mantenimento dell'offerta	Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti: il numero totale di gravidanze prese in carico è di 112 per un totale di 338 accessi; 40 Gravidanze hanno ricevuto consulenza c/o ambulatorio della gravidanza a Rischio di Villa Scassi. Di queste 18 gravidanze sono rimaste in carico alla Struttura ospedaliera e le altre sono state seguite secondo il modello integrato Medico - Ostetrica. Obiettivo raggiunto.	😊	10	10
	4	Promozione dell'allattamento materno sino al 6 mese (obiettivo nazionale); spazi dedicati per il sostegno A.M. Partecipazione al tavolo regionale e all'indagine nazionale/regionale dei pediatri consultoriali e somministrazione del questionario di rilevazione prevalenza regionale allattamento al seno	più 5% rispetto 2016 n. prese in carico al 31/12		aumento del 5% rispetto al 2016	Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti l'obiettivo non è stato raggiunto.	😞	0	0
			informazione utenza e somministrazione questionario report regionale		rilevazione a livello regionale/nazionale dell'attuale situazione rispetto all'allattamento materno	Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti sono stati somministrati dai pediatri consultoriali n.1171 questionari regionali sull'allattamento al seno. Obiettivo raggiunto.	😊	5	10
	5	Mappatura della dotazione strumentale e rilevazione del fabbisogno dell'area ostetrica ginecologica (rilevatori battiti fetali - ecografi) con potenziamento delle zone più critiche con acquisti su vecchi fondi finalizzati residui - attivazione formazione a loro risorse	evidenza della mappatura, attivazione procedure acquisto	rendicontazione e al 31/12 delle azioni intraprese	miglioramento della qualità dell'offerta consultoriale di assistenza alla salute della donna	Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti per gli ambulatori ginecologici: sono stati richiesti n. 2 ecografi per gli ambulatori di ginecologia di cui 1 in urgenza. Obiettivo raggiunto.	😊	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Assistenza Consultoriale
 Direttore f.f. Dottoressa Laura Battaglia

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	6	Riorganizzazione attività consultoriale sulle specifiche aree di intervento a seguito dello scorporo della NPI e conseguente redistribuzione delle risorse umane . Collaborazione con il Comune di Genova per il miglioramento delle procedure di presa in carico integrate dei minori e delle loro famiglie	definizione delle aree di competenza consultoriale/NPI e delle modalità di raccordo e di invio alla NPI. Revisione delle procedure della presa in carico integrata con il Comune di Genova		ridefinizione dell'offerta consultoriale in coerenza con la normativa istitutiva dei consultori familiari, del P.O.M.I., dei LEA , nonché degli obiettivi regionali/aziendali . Mantenimento del necessario raccordo tra consultorio e NPI, al fine di evitare frammentazioni/sovrapposizione degli interventi - potenziamento dell'integrazione socio sanitaria	Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti è stata effettuata la riorganizzazione dell'attività a seguito scorporo NPI, seppur in attesa della definitiva approvazione del nuovo atto aziendale. Le esigenze di funzionalità del servizio sono state presentate in occasione del piano triennale delle assunzioni e del progetto strategico 2018-2020. Sono proseguiti gli incontri con il Comune di Genova per la messa a punto e revisione delle modalità operative di integrazione sui minori a rischio. Obiettivo raggiunto.	☺	10	0
	7	Promozione della salute - collaborazione ai progetti di educazione sanitaria e corretti stili di vita	n. interventi effettuati monitoraggio al 31/12		raggiungimento degli obiettivi nazionali/regionali/aziendali	Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti il N. di interventi effettuati è pari a 996, in linea con il Piano Sanitario Regionale della Prevenzione. Obiettivo raggiunto.	☺	5	10
	8	Centro Giovani - miglioramento dell'offerta agli adolescenti e alla famiglia ed adulti di riferimento	n. interventi effettuati monitoraggio al 31/12		miglioramento della comunicazione multimediale in collaborazione con la SC Qualità e Comunicazione . Promozione dell'attività svolta e partecipazione a momenti di incontri pubblici	Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti nel corso del 2017 Il Centro Giovani ha collaborato con la SC Qualità e Comunicazione per il miglioramento della comunicazione multimediale: revisione della pagina face book (n. 944 like) , partecipazione Salone Orientamenti, rielaborazione e stampa di nuove brochure, attivazione di progetti in house e progetti di alleanza scuola lavoro - n. 73 incontri con le Scuole. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10



SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Assistenza Consultoriale
Direttore f.f. Dottorssa Laura Battaglia

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	9	Psicologia consultoriale messa a punto delle modalità di intervento psicologico a sostegno della donna nei diversi eventi della vita (infertilità, maternità naturale ed adottiva, genitorialità, conflitti familiari, maltrattamento.)	n. donne prese in carico n. interventi effettuati monitoraggio al 31/12		miglioramento dell'offerta consultoriale sulla presa in carico psicologica femminile	Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti tale obiettivo risulta collegato al ri-orientamento dell'offerta consultoriale a seguito dello scorporo della NPI. Nel 2017 si è comunque consolidato il percorso rosa, si è mantenuta la funzionalità del laboratorio dei conflitti anche dopo il pensionamento di 1 psicologo, si è rafforzata la psicologia sulla maternità fragile, si è potenziato il Centro Maltrattamento con la presenza in quota di una risorsa (10 ore settimanali) . N° Utenti Donne 986 Prestazioni 5580. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	10	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da mail inviata al CCD in data 23.3.2018 agli atti azioni completate : formazione obbligatoria, costituzione gruppi di lavoro sul rischio tabelle aggiornate mappatura procedimenti - trasmissione all' to 2 prot. n. 13130,aggiornamento tabelle mappatura rischio, questionario, monitoraggi trimestrali. Obiettivo raggiunto.	☺	5	5
								85	86
TOTALE SCHEMA DI BUDGET								96	90



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
SSD Coordinamento attività geriatriche
Responsabile Dottore Lorenzo Sampietro

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017	Obiettivo non raggiunto. Vedasi scheda Budget economico 2017	☹	0	0
	2	Ottimizzazione costi relativi all'acquisto di servizi sanitari (residenzialità, ambul...)	Rispetto budget economico assegnato	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività Report CCD (portale Direzionale)	Come da scheda allegata si evince che l'obiettivo è stato raggiunto	☺	5	0
							5	0
	1	Elaborazione PDTA per invio fratture femore a Osp. Colletta di concerto con RRF, Cure Intermedie, DMO Elaborazione PDTA per invio fratture femore a Osp. Colletta di concerto con RRF, Cure Intermedie, DMO	Evidenza PDTA	Entro 30/4 evidenza PDTA Da 1/5 attivazione	Come da mail inviata al CCD in data 2.3.2018 l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	10

Handwritten signature: L. Sampietro

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
SSD Coordinamento attività geriatriche
Responsabile Dottore Lorenzo Sampietro

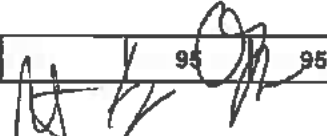
Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	2	Ottimizzazione aggiornamento Sistema Regionale Gestione Anagrafe Strutture Socio-sanitarie accreditate e convenzionate GAS	Aggiornamento entro 7 gg dalla comunicazione della variazione della titolarità nuova autorizzazione	Aggiornamento GAS entro 7 gg lavorativi dalla comunicazione nel 100% dei casi nell'anno 2017 Monitoraggio attraverso la valutazione del tempo trascorso tra comunicazione della variazione ed inserimento nel programma informatico GAS	Come da mail inviata al CCD in data 2.3.2018 l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	25
	3	Vigilanza Ordinaria in tutte le Strutture residenziali anziani convenzionate nell'anno 2017	Effettuazione di almeno una Vigilanza Ordinaria in tutte le Strutture residenziali anziani convenzionate nell'anno 2017	Sul 100% delle Strutture Residenziali Anziani Convenzionate è stata effettuata almeno una Vigilanza entro il 31/12/ 2017	Come da mail inviata al CCD in data 2.3.2018 tutte le strutture convenzionate hanno ricevuto una Vigilanza Ordinaria nel 2017. Obiettivo raggiunto.	☺	15	15
	4	Attivazione CDCD ASL3 come da indicazioni regionali	Attivazione della Rete CDCD del Ponente	Entro il 30/9/2017 attivazione Ambulatorio Hub CDCD presso l'Ospedale A.Micone ed entro 30/11 di tutti gli Ambulatori Distrettuali (Centri di Prossimità Territoriale) previsti nel Ponente	Come da mail inviata al CCD in data 2.3.2018 il 20.9.2017 è stato inaugurato l'ambulatorio HUB Asl 3 e, entro il 30/11, sono stati attivati tutti gli ambulatori distrettuali previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10

Handwritten signature

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
SSD Coordinamento attività geriatriche
Responsabile Dottore Lorenzo Sampietro

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	5	Condivisione e sperimentazione di una Scheda di Screening per l'identificazione precoce del rischio di dimissione difficile dell'anziano con Ortopedia Villa Scassi	Adozione di una Scheda di Screening condivisa e suo utilizzo nel Reparto di Ortopedia Villa Scassi con riduzione dei tempi di segnalazione all'UVO per la Valutazione	Entro il 30/11 utilizzo della Scheda di Screening per il rischio di dimissione difficile in tutti gli >74 ricoverati in Ortopedia	Come da mail inviata al CCD in data 2.3.2018 il 20.9.2017 è stata condivisa con l'S.C. Ortopedia di Villa Scassi la Scheda di Screening. La relativa adozione non è stata possibile a causa della defezione del personale incaricato della S.C. Ortopedia. Obiettivo raggiunto.	☺	15	15
	6	Valutazione domiciliare per l'inserimento in Struttura	Effettuazione delle Valutazioni Multidimensionali Domiciliari per l'inserimento in Struttura Anziani di Mantenimento entro 30 gg dalla registrazione della richiesta	Dal 1/9/17 le VMD domiciliari per inserimento in Struttura Residenziale Anziani vengono effettuate entro 30 gg dalla richiesta dell'utente	Come da mail inviata al CCD in data 2.3.2018 l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Come da mail inviata al CCD in data 2.3.2018 l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
							90	95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET							95	95
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	-----------	-----------


 95 95

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Cure Palliative
Dottore Flavio Fusco

	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Vedi scheda denominata Budget economico 2017	☺	5	5
							5	5
Efficacia	1	Sviluppare il sistema delle reti con gli altri soggetti insistenti sull'area Metropolitana attraverso l'implementazione dell'adesione a protocolli e/o PDTA	Redazione di procedure comuni ai servizi (ASL3 – Galliera-no-profit) in merito al controllo dei sintomi disturbanti	Elaborazione di fact-sheet sulle procedure di controllo dei sintomi principali in cure palliative entro 30/6 Procedure codificate e condivise entro novembre 2017	Come da nota ID n.58721491 del 19.3.2018 trasmessa al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	20	10
	2	Garantire il monitoraggio della qualità dei servizi offerti dalle strutture in convenzione	Redazione di una procedura per vigilanza e controllo dell'attività in hospice e a domicilio	Entro il 30/06/2017 elaborazione procedura per i controlli a domicilio. Dall'1/07/2017 almeno 2 controlli annuali dell'attività in hospice e 4 dell'attività a domicilio	Come da nota ID n.58721491 del 19.3.2018 trasmessa al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	20	10
	3	Garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio con presa in carico dalla rete di cure palliative domiciliari alla dimissione	Redazione di una procedura per le dimissioni protette del paziente di bisogni di Cure palliative e per il suo affidamento ai servizi domiciliari	Stesura di procedura entro aprile 2017 e utilizzo di modulistica unica nella Rete di cure Palliative Numero di attivazione dei servizi secondo procedura Numero di valutazioni di CP intraospedaliere prima della dimissione	Come da nota ID n.58721491 del 19.3.2018 trasmessa al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	25

Handwritten signature

S.C. Centro di Controllo Direzionale

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Cure Palliative
Dottore Flavio Fusco

	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
performance/Proprietà	4	Garantire Formazione multidisciplinare e integrazione dei servizi di CP (art 2 accordo stato regioni 25/7/2012). Sviluppare sistema delle Reti	Istituzione di corso specifico di formazione di II e III livello integrato ASL3-no profit e rete di CP metropolitana operante nella Rete Locale di Cure Palliative	Attivazione di nuovo corso di II livello sulla gestione dei quadri complessi in Cure Palliative per il livello base- personale ASL3- e corso di aggiornamento specialistico (III livello) per personale afferente alla Rete entro novembre 2017	Come da nota ID n.58721491 del 19.3.2018 trasmessa al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	0



S.C. Centro di Controllo Direzionale

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Cure Palliative
Dottore Flavio Fusco

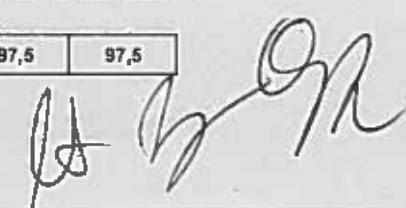
Ps	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	5	Sviluppare procedure comuni di audit nella rete di Cure palliative	Adozione del POS (palliative outcome scale) come strumento di audit e di qualità nei servizi afferenti alla Rete di Cure Palliative	Numero di POS eseguiti sui pazienti inseriti in programmi di CP a domicilio	Come da nota ID n.58721491 del 19.3.2018 trasmessa al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	25
	6	Sviluppare progettualità con MMG per migliorare la presa in carico di pazienti con bisogni di cure palliative	Elaborazione di scheda unica di attivazione dei servizi della Rete Metropolitana di Cure Palliative da parte del MMG	Entro aprile 2017 stesura della scheda Entro settembre 2017 applicazione della scheda nei DSS 9 e 10 e monitoraggio numero MMG coinvolti	Come da nota ID n.58721491 del 19.3.2018 trasmessa al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	0
	7	Azioni relative alla comunicazione/diffusione della cultura delle cure palliative	Redazione di opuscolo per la cittadinanza sul dolore e sull'accesso alle cure palliative	Entro aprile 2017 Stampa e pubblicazione entro settembre 2017	Come da nota ID n.58721491 del 19.3.2018 trasmessa al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
							95	95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100	100
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	------------	------------







Flavio Fusco

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario
Responsabile Dottor Maurizio Cechini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo parzialmente raggiunto. Budget sfiorato del 1,4%	☹	7,5	7,5
								7,5	7,5
Performance Appropriata	1	Progetto triennale teso a costruire interventi che agiscano sugli stili di vita scorretti nella popolazione carceraria in collaborazione con il Dipartimento Igiene e prevenzione.	Evidenza del progetto e del cronoprogramma attuativo entro il 30 Aprile 2017 - individuazione degli interventi per l'anno 2017		per almeno tre progettualità completa attuazione degli interventi previsti per l'anno 2017	Come da nota ID n.58818096 del 22.3.2018 trasmessa al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	25	20
	2	Applicazione della procedura aziendale della scheda di terapia unica (STU) all'interno della C.C. di Marassi in alcune sezioni (Centro Clinico e 5° sezione) per un corretto processo di gestione della prescrizione alla somministrazione del farmaco	Utilizzazione della scheda unica sul totale dei pazienti		100% corretta compilazione della modulistica/ totale pazienti ricoverati	Come da nota ID n.58818096 del 22.3.2018 trasmessa al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	25	20
	3	Creazione di un dossier sanitario aziendale per i detenuti della C.C. Marassi (Centro Clinico 5°Sezione) e implementazione sulla sede di Pontedecimo	Nr di schede rilasciate		Entro 31/12 100% detenuti trasferiti/rilasciati con dossier elettronico	Come da nota ID n.58818096 del 22.3.2018 trasmessa al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	30	20
	4	Predisposizione dei protocolli di valutazione trattamento dei detenuti con problematiche sanitarie	elaborazione nr 2 protocolli entro 31/12		Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare Entro 31/12 elaborazione di almeno nr 2 protocolli sulle più frequenti problematiche sanitarie	Come da nota ID n.58818096 del 22.3.2018 trasmessa al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	30
								90	90
								97,5	97,5





SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE
Direttore Dott. Marco Vaggi

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2017	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti	
1	Ottimizzazione dei costi del Dipartimento attraverso costante attività di verifica e di coordinamento dei poli distrettuali	Rispetto budget economico assegnato	Sono stati rispettati i vincoli della scheda di Budget per il consumato, per la spesa relativa e per le strutture convenzionate per residenzialità	Rispetto Budget Assegnato Verifica CCD/Bilancio	Come da scheda costi si evince che l'obiettivo è stato raggiunto		20	
2	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi psichiatrici maggiori di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Avvio/monitoraggio della ridefinizione dei percorsi di cura sulla base delle indicazioni di cui all'intesa sancita in Conferenza unificata	E' stato ridefinito entro il 30/11/2017 un set di indicatori di processo per il monitoraggio dei percorsi di cura dei Disturbi Psichiatrici Maggiori	Relazione tecnica 30 Novembre 2017 circa la ridefinizione dei percorsi di cura al fine di ottemperare al debito informativo nei confronti di ALISA	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti, l'attività è stata svolta nei tempi e modi previsti		25	
3	Individuazione modalità in integrazione con Servizio Disabili per definizione percorsi di cura per soggetti adulti affetti da autismo	Evidenza documento		Entro 30/11 definizione percorsi di cura di concerto con Servizio Disabili	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti, l'attività è stata svolta nei tempi e modi previsti		25	



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE
Direttore Dott. Marco Vaggi

4	Valutare l' idoneità dello strumento della coabitazione per le differenti tipologie di utenti dei servizi territoriali con problematiche legate all'abitare e verificare la fattibilità di progetti specifici	Attivazione di un gruppo interservizi sul tema del cohousing	Sul tema specifico esistono alcune esperienze ASL ma non esiste nulla di strutturato a livello di azienda	Attivazione del gruppo di lavoro entro il 30/4/2017 Almeno n. 5 riunioni del gruppo di lavoro individuato Stesura relazione conclusiva a cura del tavolo di lavoro entro il 31/12/2017	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti, l'attività è stata svolta nei tempi e modi previsti		20	
5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Si rimanda alla relazione del Dirigente Responsabile SSD Funzione Amm.va DSMD id. n. 56706912 del 16/03/2018		Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti, l'attività è stata svolta nei tempi e modi previsti		10	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100



Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza: Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparato
1) Coordinare e monitorare le attività ed i compiti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione dei direttori di Struttura Complessa del Dipartimento, nel rispetto delle scadenze indicate nelle schede di budget dei Direttori e degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Relazionare il Responsabile (RPCT) sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, mediante la redazione di relazioni/questionari (il cui facsimile sarà inviato dal RPCT), da trasmettere entro 15 ottobre di ogni anno	10	10
2) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali al RPCT	Trasmissione al RPCT dei verbali, ricevuti dai Direttori di S.C. e sottoscritti dai partecipanti, al RPCT entro il 15/07/2017		

M. B. Agn.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 8
Direttore Dottore Marco Vaggi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Report CCD	<p>Relazione Direttore SC:</p> <p>- incremento dei pazienti trattati affetti da disturbi mentali gravi (da 2193 casi nel 2016 a 2259 casi nel 2017 delta + 66 casi) in particolare il Distretto 8 prende in carico da anni una coorte crescente di soggetti affetti da disturbi psichiatrici gravi trasferiti da altri Distretti con situazioni cliniche spesso complicate da condizioni socioeconomiche sfavorevoli a cui viene assegnato un alloggio di edilizia popolare nel territorio di competenza del Distretto 8</p> <p>- l'incremento di spesa riguarda sostanzialmente la prescrizione di antipsicotici in formulazione long acting che coprono da soli il 71% della spesa complessiva ad una analisi di Pareto (6 Antipsicotici LAI su 7 prodotti nella classe A). E' necessario ricordare che gli antipsicotici long acting hanno indicazione in soggetti affetti da schizofrenia e disturbo schizoaffettivo che necessitano di terapia continuativa ed in cui l'aderenza al trattamento è solitamente scarsa.</p> <p>Si sottolinea inoltre che ci sono stati nei primi mesi del 2017 problemi tecnici nella applicazione del software EDF che sono stati in seguito risolti</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	☺	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionale per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività Report CCD (portale Direzionale)	Come da scheda costi allegata lo sfioramento è dovuto ai nuovi contratti A.Li.Sa. - Obiettivo raggiunto	☺	5	0
								10	5

Handwritten signatures and initials:
 W J CR

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Salute Mentale Distretto 8

Direttore Dottore Marco Vaggi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPJA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPJA (traccia documentale) Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPJA	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore del Dipartimento al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	15	0
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM Monitoraggio Responsabile UFPF	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	5	5

😊
😐
😞

Handwritten signatures and initials in blue ink.

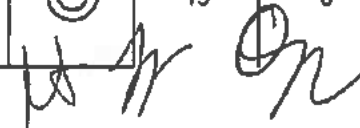
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 8
Direttore Dottore Marco Vaggi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Diretori SSCC	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	15
	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
								90	95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100	100

M. Vaggi

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 9
Direttore Dottore Paolo Peloso

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semi-residenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività Report CCD (portale Direzionale)	Come da scheda costi allegata lo sfioramento è dovuto ai nuovi contratti A.Li.Sa. - Obiettivo raggiunto	☺	5	0
								10	5
	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) <i>Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA</i>	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore del Dipartimento al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 9
Direttore Dottore Paolo Peloso

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazione della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM Monitoraggio Responsabile UFPF	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttori SSCC	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	15

Handwritten signature: M. R. Or

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 9
Direttore Dottore Paolo Peloso


Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dal 1/10 sperimentazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
								90	95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100	100
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------

Handwritten signature: H. J. G.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 10 - SPDC Villa Scassi
Direttore Dottore Rocco Picci

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività Report CCD (portale Direzionale)	Come da scheda costi allegata lo sfioramento è dovuto ai nuovi contratti A.Li.Sa. - Obiettivo raggiunto	☺	5	0
								10	5
	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 10 - SPDC Villa Scassi
Direttore Dottore Rocco Picci

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazione della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM Monitoraggio Responsabile UFPF	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttori SSCC	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	15
Appropriatezza	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10



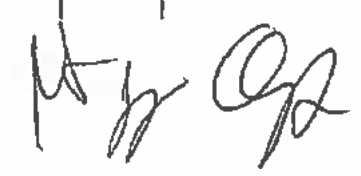

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 10 - SPDC Villa Scassi
Direttore Dottore Rocco Picci

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
								90	95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100	100

R. Picci

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 11 - SPDC Galliera
Direttore Dottore Lucio Ghio

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti di rigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività Report CCD (partata Direzionale)	Come da scheda costi allegata lo sfioramento è dovuto ai nuovi contratti A.Li.Sa. - Obiettivo raggiunto	☺	5	0
								10	5
Informanze/Appropriatazza	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore del Dipartimento al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	5



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 11 - SPDC Galliera
Direttore Dottore Lucio Ghlo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
S.C.	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UPPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM Monitoraggio Responsabile UPPF	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttori SSCC	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	15
Performance/Proprietà	8	Valutazione e definizione documentazione integrale utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
								90	95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100	100
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	------------	------------



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 12
Direttore Dottore Gianfranco Nuvoli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo parzialmente raggiunto. Vedasi scheda Budget economico 2017	☹	3,75	3,75
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionale per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <i>Report CCD (portale Direzionale)</i>	Come da scheda costi allegata lo sfioramento è dovuto ai nuovi contratti A.Li.Sa. - Obiettivo raggiunto	☺	5	0
								8,75	3,75
Performance/Adeguatezza	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) <i>Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA</i>	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore del Dipartimento al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	5





SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 12
Direttore Dottore Gianfranco Nuvoli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM Monitoraggio Responsabile UFPF	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttori SSCC	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuale Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	15
Performance/Adempimenti	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
								90	95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								98,75	98,75



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 13
Direttore Dottore Pietro Ciliberti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività Report CCD (partita Direzionale)	Come da scheda costi allegata lo stanziamento è dovuto ai nuovi contratti A.Li.Sa. - Obiettivo raggiunto	☺	5	0
								10	5
Performance/Adeguatezza	1	Plena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore del Dipartimento al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	0
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM Monitoraggio Responsabile UFPF	Come da mail del 20.3.2018 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	5	5



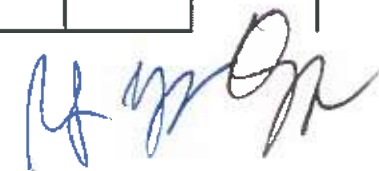
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Salute Mentale Distretto 13
Direttore Dottore Pietro Ciliberti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte o Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Del 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttore SSSC	Come da mail del 20.3.2016 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Come da mail del 20.3.2016 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	15
	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	Come da mail del 20.3.2016 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Come da mail del 20.3.2016 inviata dal Direttore della Struttura al CCD agli atti tutte le attività sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
								90	95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100	100





SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. SERT
 Direttore Dottore Giorgio Schiappacasse

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze		Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività Report CCD (portale Direzionale)	Come si evince dalla scheda costi allegata l'obiettivo è stato raggiunto	☺	5	0
								10	5
Lezza	1	Creazione di uno sportello differenziato e dedicato alle dipendenze comportamentali (azzardo...) aperto almeno 3h ogni 15 giorni	apertura sportello bimensile per almeno 6 ore totali	Nessuno sportello specifico	Entro 30 Giugno attivazione progetto in ogni distretto Raccolta dati di attività dello sportello con reportistica semestrale	Si è privilegiato il distretto 9 per la criticità del territorio e perché il Ser.T. è collocato al Celesia (fuori distretto).	☺	20	20
	2	Sostegno allo sviluppo Associazioni di Automutuoaiuto	-Evidenza di Deliberazione aziendale relativa al Protocollo di Cooperazione con le Associazioni del settore entro il 31/03 /2017 - Diffusione nei Distretti del Manifesto prodotto nel 2016	Cooperazione non formalizzata	Almeno una iniziativa di sensibilizzazione territoriale in cooperazione con le Associazioni in ogni Distretto Evidenza di ulteriori applicazioni del protocollo Diffusione nei Distretti del Manifesto	La delibera è stato un punto di arrivo e di ripartenza della cooperazione con le Associazioni che ha visto anche nel corso del 2017 incontri e momenti di formazione comuni.	☺	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. SERT
 Direttore Dottore Giorgi Schiappacasse

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriata	3	Cooperazione alla operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Contributo alla stesura protocollo di collaborazione con servizio NPIA per definizione percorsi di cura di adolescenti doppia diagnosi	Assenza di protocollo strutturato	Al 30/6 stesura protocollo Da 1/7 applicazione del protocollo almeno nel 80% dei giovani 14-18 aa con doppia diagnosi	Il protocollo di collaborazione con servizio NPIA per definizione percorsi di cura di adolescenti doppia diagnosi sarà steso non appena sarà deliberata la costituzione della S.S. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;		7,5	7,5
	4	Sviluppo della attenzione ai problemi alcol-correlati: Valorizzazione della cooperazione con il Centro Alcolologico di SanMartino Valorizzazione della cooperazione con la Commissione Patenti	Evidenza applicazione protocollo per la gestione dei pazienti condiviso con il Centro Alcolologico di SanMartino in ogni sede Ser.t. distrettuale Predisposizione materiale divulgativo su alcol e guida e su alcol e lavoro Entro Marzo Giornata di formazione per tutti i medici del Ser.T. in cooperazione con la Medicina Legale	Protocollo di cooperazione tra Sert e Centro Alcolologico di San Martino. Cooperazione con la Commissione Medico Legale Patenti	Almeno 1 incontro di condivisione protocollo per ogni sede Ser.t. distrettuale con operatori Centro Alcolologico Almeno 1 giornata di formazione nel corso dell'anno su temi inerenti aspetti medico legali della dipendenza Un incontro di formazione rivolto ai MMG in cooperazione con il Centro Alcolologico	vedi Id. n 58825664 del 22.03.2018 - Relazione annuale obiettivi		10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. SERT
Direttore Dottore Giorgio Schiappacasse

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	5	Garantire la realizzazione degli interventi di promozione della salute previsti dal PRP nel setting scolastico, in collaborazione con gli altri servizi interessati, in particolare la S.C. Igiene e Sanità Pubblica, la S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione e la S.C. Assistenza Consultoriale	Collaborazione al progetto aziendale Incremento		Al 30/06/2017 realizzazione di almeno due incontri di coordinamento tra tutti i servizi interessati, con evidenza di un programma integrato per il raggiungimento degli obiettivi del PRP. Al 31/12/2017 incremento interventi previsti dal PRP, in collaborazione con gli altri servizi	Nel 2017 è stato svolto nei diversi ambiti degli obiettivi sopra esposti un lavoro di coordinamento tra tutti i servizi interessati, con programmi integrati per il raggiungimento degli obiettivi del PRP.	☺	10	15
		Garantire la realizzazione degli interventi di promozione della salute previsti dal PRP negli ambienti di lavoro di concerto con S.C. Igiene e Sanità Pubblica	Collaborazione al progetto aziendale Numero incontri		Al 30/06/2017 realizzazione di almeno due incontri di coordinamento tra tutti i servizi interessati, con evidenza di un programma integrato per il raggiungimento degli obiettivi del PRP. Al 31/12/2017 incremento interventi previsti dal PRP, in collaborazione con gli altri servizi	Al 31/12/2017 incremento interventi previsti dal PRP, in collaborazione con gli altri servizi, con il Centro Alcolologico di San Martino, con la Struttura Complessa Prevenzione con il Servizio Protezione e Prevenzione e con i MMG			
	6	Valutare l' idoneità dello strumento della coabitazione per le differenti tipologie di utenti dei servizi territoriali con problematiche legate all'abitare e verificare la fattibilità di progetti specifici	Attivazione di un gruppo interservizi sul tema del cohousing	Sul tema specifico esistono alcune esperienze ASL ma non esiste nulla di strutturato a livello di azienda	Attivazione del gruppo di lavoro entro il 30/4/2017 Almeno n. 5 riunioni del gruppo di lavoro individuato Stesura relazione conclusiva a cura del tavolo di lavoro entro il 31/12/2017	Si è costituito un gruppo di lavoro specifico inter-servizi con riunioni periodiche coordinato dalla dott.ssa Schichter che ha preparato una progettualità dedicata	☹	7,5	7,5



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. SERT
Direttore Dottore Giorgio Schiappacasse

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	7	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	Applicazione cartella integrata su piattaforma informatica MfP 5		Entro 30/03 illustrazione piattaforma a tutto il personale dal 1/4 applicazione della cartella informatizzata al 100% dei nuovi casi presi in carico	La cartella informatica è applicata al 100% delle prime visite	☺	10	10
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Le procedure previste sono state applicate in ogni sede in maniera rispondente ai criteri definiti dal regolamento aziendale	☺	10	10
								85	90
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								95	95



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare
Dottoressa Barbara Masini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Il budget assegnato non è stato rispettato. Obiettivo non raggiunto Vedasi scheda Budget economico 2017	☹	0	0
							0	0
Performance/Adeguatezza	1	Monitoraggio salute somatica dei pazienti in carico al Centro Disturbi Alimentari che non possono seguire procedura standard per effettuazione controlli	Num pazienti che effettuano esami ematochimici ed ECG effettuati presso Centro DCA	Entro 31 marzo bozza progetto organizzativo da presentare a Direzione DSMD Dal 1 Aprile almeno 4 pazienti monitorati (ematochimici + ECG) al mese	Entro Marzo è stato predisposto un progetto organizzativo alla Direzione DSMD	☺	15	15
	2	Garantire la realizzazione degli interventi di promozione della salute previsti dal PRP nel setting scolastico, in collaborazione con gli altri servizi interessati, in particolare la S.C. Igiene e Sanità Pubblica, la S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione e la S.C. Assistenza Consultoriale	Collaborazione al progetto aziendale Incremento del 10% delle classi coinvolte (almeno 3 classi)	Al 30/06/2017 realizzazione di almeno due incontri di coordinamento tra tutti i servizi interessati, con evidenza di un programma integrato per il raggiungimento degli obiettivi del PRP Al 31/12/2017 incremento interventi previsti dal PRP	Durante l'anno si sono realizzati 4 incontri di coordinamento tra tutti i servizi interessati al fine di definire un programma integrato	☺	15	10
	3	Miglioramento identificazione e trattamento dei disturbi del comportamento alimentare nel setting delle Cure Primarie	Miglioramento competenze tecnico professionali MMG/PLS attraverso l'utilizzo di test di screening	Da 1/3 definizione test Da 1/4 invio a MMG/PLS di concerto con Dipartimento Cure Primarie Al 31/12 monitoraggio pazienti inviati a CDA da MMG/PLS	Entro Marzo è stato individuato il test di screening ed inviato al Dipartimento Cure Primarie per la condivisione. Il test è stato validato con alcuni MMG con cui esiste già una collaborazione strutturata.	☺	20	20

Handwritten signature

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare
Dottoressa Barbara Masini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Perf	4	Creazione sezione sito aziendale specifica riguardante i disturbi del comportamento alimentare	Attivazione sezione sito specifico Piena operatività	Entro 30/6 elaborazione sito Al 31/12 piena operatività e monitoraggio accessi da parte di URP	Avvenuta la pubblicazione sul sito web aziendale della nuova sezione comprensiva di pagina FAQ sui disturbi alimentari.	☺	20	20
	5	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)	Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	Avvio gruppo tecnico e attivazione della sperimentazione richiesta	☺	15	15
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio	Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	E' stato comunicato il tema prescelto e successivamente inserito nel piano aziendale da UGR in data 24/03/2017	☺	10	15
							95	95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET							95	95
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	-----------	-----------



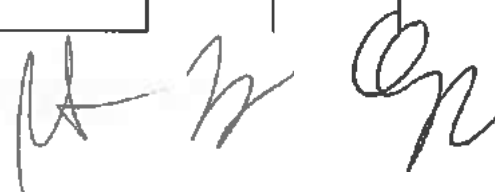
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale
Responsabile Dottoressa Cristina Cenderello

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Il tetto di spesa posto come obiettivo è stato quasi rispettato	☹	3,75	3,75
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <i>Report CCD (portale Direzionale)</i>	Come da scheda costi allegata lo sfioramento è dovuto ai nuovi contratti A.Li.Sa. - Obiettivo raggiunto	☺	10	0
								13,75	3,75
	1	<i>Personale ruolo amministrativo assegnato a SSD Funzione Amministrativa. Procedura per richiesta di rimborso delle minute o modeste spese di cui al Regolamento per la gestione del fondo di Cassa Economale Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. Verifica della congruità e completezza della documentazione necessaria per il reintegro del fondo assegnato che viene presentata dagli operatori della Salute Mentale, in forma cartacea, presso la Segreteria della Direzione Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze entro l'ultimo giorno del mese di riferimento.</i>	Ricezione, verifica documentazione e successiva acquisizione da parte della SC Economato e Logistica entro i primi dieci giorni del mese successivo al mese di riferimento.		A partire dal 01/06	Vedi ID. n. 58707091 del 16.03.2018. Obiettivo raggiunto.	☺	25	25

M. C. C.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale
Responsabile Dottoressa Cristina Cenderello

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	2	Personale ruolo amministrativo assegnato ai CSM. Diritto a compartecipazione alla spesa. Predisposizione e tenuta di specifico elenco su file excel dei pazienti aventi diritto, struttura di assegnazione, variazioni (trasferimenti da struttura a struttura, decadenza diritto, cessazione), data di variazione.	Aggiornamento con cadenza bimestrale.		A partire dal 01/07	Il personale assegnato provvede all'invio alla Direzione del Dipartimento	☺	20	20
	3	Personale ruolo amministrativo assegnato ai CSM. Tenuta e aggiornamento elenco pazienti con giorni di presenza, di ricovero e di permesso, in base a schema excel predefinito da SSD Funzione Amministrativa.	Invio Direzione DSMD entro il 15 del mese successivo al mese di riferimento.		A partire dal 01/07	Il personale assegnato provvede all'invio alla Direzione del Dipartimento	☺	15	15
	4	Personale ruolo amministrativo assegnato SC Serf: Tenuta e aggiornamento elenco pazienti per struttura, con giorni di presenza, di ricovero e di permesso, in base a schema excel predefinito da SSD Funzione Amministrativa.	Invio Direzione DSMD entro il 15 del mese successivo al mese di riferimento.		A partire dal 01/07	Il personale assegnato provvede all'invio alla Direzione del Dipartimento	☺	15	15
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Vedi ID. n. 58707091 del 16.03.2018. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
			Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Vedi ID. n. 58707091 del 16.03.2018. Obiettivo raggiunto.		



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale
Responsabile Dottoressa Cristina Cenderello

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	6	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Vedi ID. n. 58707091 del 16.03.2018. Obiettivo raggiunto.	☺	0	10
								85	95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								98,75	98,75

Handwritten signature

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Telecomunicazioni
Dottore Carlo Pedemonte

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi	Rispetto budget assegnato relativo all'acquisto di beni e servizi	Vedi scheda allegata denominata Budget 2017	Obiettivo raggiunto. Vedesi scheda di budget economico 2017 con motivazioni	☺	10	5
	2		Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Il budget assegnato è stato rispettato	☺	5	5
Performance	1	Servizio Server Fax	Riduzione apparati fax nelle strutture	Al 31/12/2017 monitoraggio riepletivo dei server fax installati e evidenza riduzione apparati fax	Il progetto è stato presentato già a maggio 2017 sottoponendo il medesimo anche alla commissione tecnico per la validazione dei progetti ai fini del Dividendo dell'Efficienza. La valutazione preliminare degli uffici è stata assicurata nei termini, mentre l'iter che ha previsto un passaggio sindacale non si è concluso. Le motivazioni del mancato avvio del progetto non rientrano negli ambiti di azione e controllo da parte della struttura. L'obiettivo dunque deve ritenersi raggiunto. I lavori della commissione tecnica si concluderanno entro il mese di giugno 2018 ed il progetto sarà avviato senza ulteriore indugio.	☺	35	35
	2	Realizzazione rete wireless in almeno altri 5 reparti Villa Scassi, di concerto con SIA e POU.	Rispetto tempistica	Entro 31/12 attivazione rete wireless nei 5 reparti individuali	Estensione delle rete wireless assicurata nei reparti individuali. Le schede relative ai lavori sono agli atti.	☺	40	40
	3	Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA. Sviluppo di un documento di monitoraggio delle non conformità relative alla manutenzione ordinaria/straordinaria delle apparecchiature, degli impianti, delle strutture	Evidenza di piano annuale con produzione del documento analitico delle non conformità	Entro il 31/12/2017 presentazione del Documento alla Direzione Aziendale con produzione di report di sintesi delle non conformità rilevate. Sviluppo di un documento di programmazione con proposte di priorità di intervento per la risoluzione delle criticità rilevate.	Il progetto è stato stralciato tra le attività della struttura nell'anno in corso e pianificato per il 2018 all'interno delle attività riferite alla revisione organizzativa dei processi gestiti dalla medesima	☺	10	10
	4	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati	☺	0	5
	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati				
							100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Economico e Logistica
Direttore Dottore Stefano Peace

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi di fattorino gestiti dalla struttura, in particolare applicazioni di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumata di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017. Report CCO	Obiettivo raggiunto. Il valore dei costi si è mantenuto sostanzialmente al di sotto del consumato anno precedente.	😊	5	5
	1	Aggiornamento inventario ospiti sulla procedura OLIAMM con riferimento alla classe merceologica "7170010 010.020.905 "Attrezzature specifico-sanitarie" in collaborazione con la SSD Ingegneria Clinica	Aggiornamento procedure organizzative. Aggiornamento inventario: provvedimento di smaltimento di marcia delle apparecchiature non più in uso; Riepilogo dei cepti oggetto di trasferimento logistico da centro a centro	Aggiornamento delle procedure entro il 31/05/2017. Piano di azione per l'aggiornamento dell'inventario ospiti entro 30 giorni dall'adempimento della gestione delle manutenzioni in Global Service	Entro il 31/05/2017 è stato predisposto il documento di aggiornamento delle procedure da inserire nell'ambito del PAC. È stato altresì presentato il piano di azione per l'aggiornamento dell'inventario ospiti in collaborazione con la SSD Ingegneria Clinica. Detto piano prevede importanti interventi a livello informatico ma non è divenuto operativo a causa del mancato affidamento della gestione delle manutenzioni in Global Service	😊	25	25
	2	Percorso Attuale della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito immobilizzazioni con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetti	Entro 30/06/2017 presentazione progetto	La presentazione del progetto è avvenuta nei tempi previsti. La procedura è stata inserita nella deliberazione n. 627 del 20/12/2017 ad oggetto: "Percorso attuale della Certificabilità (PAC) - Recepimento Procedure Regionali ed approvazione delle relative Istruzioni Operative (IO).	😊	10	5
			evidenza istruzioni operative	Entro 31/10/2017 istruzioni operative area immobilizzazioni	La presentazione delle Istruzioni Operative è avvenuta nei tempi previsti. Le IO sono state inserite nella deliberazione n. 627 del 20/12/2017 ad oggetto: "Percorso attuale della Certificabilità (PAC) - Recepimento Procedure Regionali ed approvazione delle relative Istruzioni Operative (IO).	😊	10	20
	3	Sicurezza aree verdi	Azienda due relazioni sulla stabilità delle alberature	Definizione e realizzazione programma di abbattimento alberature a rischio schianto presenti sul territorio aziendale	La situazione delle aree verdi ed in particolare delle alberature a rischio schianto è stata mantenuta costantemente sotto controllo. Nel corso del 2017 sono state abbattute 10 piante censite in 5 diversi siti e sono state avviate le pratiche per l'abbattimento di ulteriori 34 piante in 5 siti. Il monitoraggio ha poi portato alla programmazione dell'abbattimento di ulteriori 5 piante presso il sito di Quarto.	😊	25	20
4	Verifiche servizio esternalizzato ristorazione	Redazione check list	Verifica (con sopralluogo e specifica check list) 2 volte all'anno tutte le strutture con servizio di ristorazione	Verifiche effettuate secondo calendario e check list disponibili sulla piattaforma comune.	😊	15	10	
Prestazioni	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Obiettivi raggiunti secondo le stesse: vedi scheda allegata	😊	10	10
	6	Carichi di lavoro; Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/08/2017 conclusione rilevazione attività. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Amaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurate secondo piano e metodologia concordata con cabina di regia.	😊	0	5
	Carichi di lavoro; Caricamento delle schede complete oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinata al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Amaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurate secondo piano e metodologia concordata con cabina di regia.				
							100,00	180,00



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Programmazione e Gestione delle forniture
Dottore Patrizio Callao

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla Struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di inoner	Riduzione 3% consumo di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Spesa contenuta all'interno dei limiti al netto dei costi oggetto di progetti non avviati	😊	5	5
Performance	1	Aggiudicazione gara relativa all'acquisizione del servizio di gestione di attività riabilitative per pazienti ospiti in comunità alloggio ad utenza psichiatrica	Aggiudicazione della gara	1) Indizione gara entro il 31/05/2017. 2) Inizio lavori commissione tecnica entro il 31/07/2017 3) aggiudicazione entro 31/10/2017	Pur con ritardi, la procedura di indizione della gara era stata assicurata. Tuttavia, la richiesta di riesame sul livello di servizio da porre a gara ha inizialmente prolungato i termini fino a stravolgere lo stesso contenuto già comunicato con la prima indizione. La procedura è tuttora in sospeso. Si ritiene che le ragioni della sospensione esorbitano il livello di controllo della struttura, che pur ha assicurato il proprio supporto nei tempi.	😊	10	10
	2	Procedura aziendale relativa alla nomina ed all'attribuzione delle funzioni del R.U.P. per l'acquisto di beni e servizi, nonché del Comitato di supporto, in ottemperanza all'art. 31 del D. Lgs. 50/2016 e alla Linea Guida Anac n. 3)	Stesura della procedura ed applicazione della stessa	1) Stesura procedura entro il 30/06/2017 2) presentazione provvedimento di istituzione e nomina Comitato di supporto al R.U.P. entro il 31/07/2017 di concerto con la Direzione Strategica	La stesura della procedura è stata completata entro il 31/05/2017. In corso d'anno è subentrata tuttavia l'esigenza di uniformare le procedure di tutte le stazioni appaltanti a livello figure. Si è in attesa di ricevere una linea di indirizzo comune.	😊	10	10
	3	Applicazione combinato disposto di cui agli artt. 31 e 101 del D. Lgs. in materia di esecuzione dei contratti di fornitura beni e servizi.	Stesura regolamento aziendale per individuazione e nomina del D.E.C.	1) Entro 2 mesi dall'uscita del DPCM. 2) presentazione provvedimento di approvazione regolamento entro i 2 mesi successivi	Il DPCM non è stato emanato entro il 31/12/2017. Tuttavia gli uffici hanno assicurato la nomina del DEC per tutti i contratti avviati dall'azienda.	😊	10	10
	4	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito rimanenze con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto	Entro 30/06/2017 presentazione progetto	Presentazione del progetto assicurata in collaborazione con le altre strutture coinvolte nei termini previsti.	😊	10	5
			evidenza istruzioni operative	Entro 31/10/2017 istruzioni operative area rimanenze	Le Procedure Organizzative e le correlate Istruzioni Operative sono state comunicate entro il 31/10/2017. Il tutto è confluito nella delibera 627 del 20/12/2017	😊	10	15
	5	Piano degli acquisti: controllo sulla spesa autorizzata per ciascun conto di bilancio	Riepilogo situazione ordini e liquidazioni con riferimento alle spese autorizzate dal piano degli acquisti	Monitoraggio al 30/06/2017, al 30/09/2017 e al 30/11/2017	Il monitoraggio è stato assicurato in collaborazione con gli uffici del Bilancio e del Centro di Controllo Direzionale: anche sul piano degli investimenti il coordinamento con la Struttura Ingegneria Clinica è stato assicurato condividendo ampiezza dei nuovi contratti e fissazione del nuovo tetto di autorizzazioni a tendere.	😊	10	10
6	Adempimenti trasparenza ed anticorruzione D.lgs. 50/2016	Gestione e calendarizzazione degli adempimenti in materia di trasparenza e anticorruzione	1) Pubblicazione determinazioni e contrae (art. 32 D.Lgs. 50/2016 e Linea guida ANAC n. 4/2016) almeno 15 gg. prima dell'avvio delle procedure concorsuali. 2) Pubblicazione della programmazione biennale relativa all'acquisto di beni e servizi (art. 21 del D. Lgs. 50/2016) entro il 31/10/2017	L'attività è stata assicurata secondo i tempi e le modalità previste dalla normativa. Si rimanda al sito aziendale la consultazione dei bandi pubblicati.	😊	15	10	

Handwritten signature

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Programmazione e Gestione delle forniture
Dottore Patrizio Callao

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance	7	Recepimento esiti gare Centrale Regionale Acquisti e Stazione Unica Appaltante	Trasmissione comunicazione di stipula Predisposizione provvedimento	Entro 7 giorni dal ricevimento, da parte della CRA o della SUAR, di comunicazione di stipula delle convenzioni relative alla aggiudicazione di una gara, trasmissione ai Centri di Responsabilità utilizzatori (DMO/ Economato/Farmacia) della documentazione di gara per conferma fabbisogni, codifica prodotti ed identificazione DEC Entro 20 gg. dalla data di ricevimento conferma dei fabbisogni, codifica ed identificazione DEC, predisposizione provvedimento di recepimento e adesione	Le scadenze ed i termini dell'operatività rientranti nella responsabilità della struttura è stato sostanzialmente assicurato nella complessità delle comunicazioni oggetto specifico delle procedure via via trattate.	☺	10	10
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Le attività poste come obiettivo sono state tutte realizzate secondo piano e scadenze: vedi allegati	☺	10	10
	0	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati		0	0
							100	100



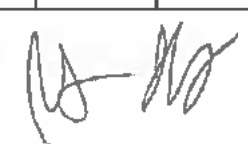

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Bilancio e Contabilità
Direttore dott. Stefano GREGO

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Nota	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consuntivo di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	😊	5	5
	2	Riorganizzazione spazi e attività della S.C. Bilancio e Contabilità allo scopo di ottimizzare il lavoro degli uffici allocando in due fasi successive le funzioni nelle due sedi di via Bertani e Villa Scassi	Liberazione spazi in uso presso la sede di Quarto	Entro 50 giorni dalla liberazione degli spazi di via Bertani utilizzo delle sole due sedi Bertani e Villa Scassi Relazione del Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità	30	25	Trasloco avvenuto nei tempi assegnati e concordati con la Direzione Amministrativa: utilizzo delle sole due sedi Bertani e Vitascaresi. Il settore Entrate a partire dal 27/01/2017 e il settore Uscita dal 16 giugno 2017	😊	30	25
Performance	1	Percorso Attualivo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito crediti, rimanenza, immobilizzazioni e patrimonio netto con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto	Entro 30/08/2017 presentazione progetto	10	10	Progetto presentato con nota prot. 91898 del 30/08/2017	😊	10	10
			evidenza istruzioni operativa	Entro 31/10/2017 istruzioni operative area crediti	10	10	Prot. 56820314 del 16/11/2017 si proceduto a raccogliere e proporre per la deliberazione le Procedure e le Istruzioni Operative riferite a tutte le aree oggetto di esame e recepimento per l'azienda: Immobilizzazioni, Rimanenza, Crediti e Ricavi e Patrimonio Netto.	😊	10	10
			evidenza delibera di aggiornamento del regolamento di contabilità sugli aspetti trattati	Entro 31/12/2017 adozione delibera	10	10	Delibera 627 del 20 dicembre 2017	😊	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			20	20	Le attività poste come obiettivo sono state tutte realizzate secondo piano e scadenze: vedi allegati	😊	20	20
	3	Adozione Regolamento sugli Agenti Contabili	Evidenza proposta di bozza di regolamento Evidenza proposta di aggiornamento degli Agenti Contabili per l'anno 2017	Entro il 31/05/2017 proposta bozza di regolamento Entro il 31/12/2017 Proposta di aggiornamento degli Agenti Contabili per l'anno 2017	15	15	In data 22/05/2017 è stata presentata la bozza di regolamento che ha previsto il successivo coinvolgimento di tutte le strutture interessate a partire dal mese di luglio 2017. Con nota n. 173759 del 21/12/2017 è stata poi trasmessa la bozza di delibera ai fini dell'adozione del regolamento e delle istruzioni operative al Collegio Sindacale per opportuna raccolta dei pareri. La Regione per il tramite di Alisa ha inoltre convocato un tavolo di confronto tra direttori del Bilancio e Direttori Amministrativi delle diverse aziende allo scopo di condividere uno schema comune. Il tema è affogato in tali tavoli.	😊	15	15
4	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati	😊	0	5	
		Caricamento scheda su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)							5
					100	100			100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. CENTRO DI CONTROLLO DIREZIONALE
Direttore dott. Stefano GREGO

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCC	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
	1	Aggiornamento Piano Performance 2017-2019	Rispetto tempistica aggiornamento documento	Entro 30/6 adozione delibera di aggiornamento	Delibera n. 314 del 30/06/2017	☺	20	20
Performance	2	Elaborazione nuovo sistema di reporting che gradualmente andrà a sostituire quello esistente	Creazione report di concerto con la Direzione Strategica Definizione tempistica invio dati	Definizione report entro mese di giugno Piano della comunicazione reporting entro il 31/07/2017	Nel corso del 2017 sono stati confermati i report relativi al consumo della spesa per conto economico al fine di garantire un monitoraggio periodico di trend. Sono inoltre stati condivisi report di struttura che oltre a prevedere gli indicatori standard di attività prevedessero una verifica del livello di rendicontazione assicurato. Sono state messe a punto per tale ragione indirizzi operativi sulle modalità di rendicontazione che saranno oggetto di monitoraggio periodico anche nel 2018.	☺	25	20
	3	Creazione di una check list per il monitoraggio della spesa e dell'attività richiamate nel sistema di reporting	Check list	Entro 30/09	Una prima check-list è stata condivisa con l'ufficio Bilancio e con la Farmacia anche in ragione dell'imminente avvio della gestione della DPC in seno ad ALISA	☺	20	20
	4	Monitoraggio spesa accreditati ospedalieri	Report mensile	Report mensile sullo stato delle liquidazioni e dei pagamenti relativi agli accreditati Ospedalieri	Il report mensile è stato confermato anche allo scopo della liquidazione delle nuove modalità di liquidazione delle strutture socio-sanitarie a seguito del rinnovo contrattuale avviato a partire dal mese di agosto 2017	☺	20	20
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Tutte le attività sono state assicurate secondo i tempi previsti	☺	10	10
	6	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati			
							100	100

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
DIPARTIMENTO GIURIDICO
Direttore Avvocato Rosa Placido

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	1	Revisione regolamento afferente l'adozione dei provvedimenti aziendali	Presentazione della proposta deliberativa di concerto con la Direzione Aziendale, la S.C. Affari Generali e la S.C. Servizio Legale	Entro il 31/03/2017 presentazione della proposta deliberativa	La revisione del regolamento è subordinata all'approvazione definitiva da parte di Regione/Alisa del POA.	☺	10	0
	2	Modifica ed integrazione Atto Aziendale, subordinatamente al nuovo impianto organizzativo aziendale definito sulla base del P.O.A. di A.li.sa.	Nuovo documento	Verifica entro 30 gg. dalla redazione da parte della S.C. O.S.R.U. della proposta definitiva	Del 514 del 31/10/2017 in coerenza con i tempi assegnati da Regione Liguria	☺	20	10
	3	Razionalizzazione personale e spazi	Trasferimento protocollo piano - 2	Entro il 30/06/2017 trasferimento completato	Trasferimento delle funzioni e degli uffici avvenuto entro la scadenza del 30/06/2017	☺	20	0
	4	Redazione elenco avvocati libero foro	Proposta di emissione avviso pubblico di concerto con S.C. Affari Generali e S.C. Servizio Legale	Entro il 31.03.2017 proposta di emissione avviso pubblico	Deliberazione 152 del 29/03/2017	☺	20	0
	5	Informizzazione delibera e determine in collaborazione con SC Sistemi Informativi e SC Bilancio	Evidenza procedura informalizzata	Entro il 31/12/2017	Il percorso di informatizzazione dei provvedimenti si è concluso con la validazione dell'iter, l'identificazione degli interlocutori e delle rispettive funzioni specifiche; dopo la prima edizione di corsi di formazione agli operatori coinvolti, si è giunti, tuttavia entro il 31/12/2017, ad una valutazione della proposta di configurazione da parte del fornitore (collaudo negativo) che ha indicato la necessità, per conto dell'Azienda, di assicurare ulteriori adeguamenti prima della messa in esercizio poiché la piattaforma non appariva ancora pronta e sicura per la messa in produzione. Si è definito un termine ultimo per la messa a punto e avvio in produzione. La procedura è stata effettivamente messa in esercizio nei primi mesi del 2018.	☺	10	20
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata: obiettivi raggiunti	☺	10	10
	7	Verifica piano di riorganizzazione delle Posizioni Organizzative anno 2017	verifica della presentazione della proposta di piano di revisione delle PP.OO.	Entro il 31/07/2017	Regolamento con delibera 294 del 21/06/2017 Nuovo assetto organizzativo con delibera 299 del 27/06/2017. Vedi anche nota DA nr 170314/dic2017	☺	10	0
	8	Supporto amministrativo al piano di riorganizzazione delle Posizioni Organizzative anno 2017	supporto amministrativo alla presentazione della proposta di piano di revisione delle PP.OO.	Entro il 31/07/2017		☺	0	20



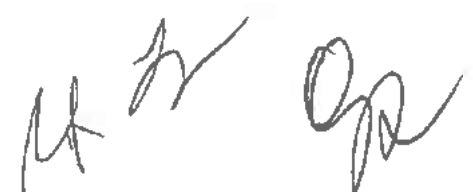
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
DIPARTIMENTO GIURIDICO
Direttore Avvocato Rosa Placido

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	9	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	☺	0	20
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Ricezione delle schede caricate su file excel e relativa trasmissione alla CIAGroup mediante caricamento dati su "Google Drive" subordinato al rispetto della tempistica individuata	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		☺	0	20
							100	100




SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. SERVIZIO LEGALE
Direttore Avvocato Rosa Placido

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti d'irigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi di rettamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Il consuntivo presenta valori inferiori al tetto assegnato. Obiettivo raggiunto	☺	5	5
Performance	1	Opposizione ordinanze ingiunzioni sanzioni amministrative	Nessun affidamento avvocati libero foro	100% gestione diretta contenzioso	Sono state notificate 10 opposizioni di ordinanze di ingiunzione il cui contenzioso è stato gestito direttamente dagli avvocati della struttura	☺	25	25
	2	Ricorsi straordinari al Presidente della Repubblica	100% ricorsi notificati	Al 31/12 100% Ricorsi notificati	Sono state notificate 5 ricorsi straordinari al Presidente della Repubblica, il cui contenzioso è stato gestito direttamente dagli avvocati della struttura	☺	15	15
	3	Redazione elenco avvocati libero foro	Proposta di emissione avviso pubblico di concerto con SC Affari Generali	Entro il 31/03 proposta di emissione avviso pubblico	Deliberazione 152 del 29/03/2017	☺	25	20
		Conferimento incarichi Professionali Avvocati libero foro	Non più del 50% conferimenti incarichi a legali ad avvocati libero foro	50% (con esclusione incarichi per continuità defensionale e cause a contenuto altamente specialistico)				
	4	Attivazione P.A.T (Processo Amministrativo Telematico)	Applicazione del P.A.T. a tutti i ricorsi	A partire dal 01/01 applicazione P.A.T. al 100% dei ricorsi	Utilizzo secondo normativa	☺	20	25
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata: obiettivi raggiunti	☺	10	5
6	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	☺	0	5	
	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento scheda su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)					
							100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
Direttore Dottoressa Cecilia Solari

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumo di beni non sanitari rispetto anno 2015	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi nota su scheda Budget economico 2017	😊	5	5
	1	Modifica ed integrazione Atto Aziendale, subordinatamente al nuovo impianto organizzativo aziendale definito sulla base del P.O.A. di A.ii sa.	Evidenza modifiche da apportare Nuovo documento rivisto e corretto di concerto con il Direttore Dp. Giuridico, S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria e Staff della Direzione Sanitaria	Entro 31/03 prima stesura atto di riorganizzazione aziendale ed invio Direzione Strategica Entro 31/05 seconda stesura nuovo atto aziendale ed invio Direzione Strategica Monitoraggio CCD	Modifica ed integrazione dell'Atto Aziendale assicurata nei tempi ed in accordo con le Direzioni sulla base della calendarizzazione richiesta da Alisa.	😊	30	30
Performance	2	Revisione del sistema delle Posizioni Organizzative	Revisione Regolamento PP.OO. Effettuazione delle Selezioni delle PP.OO. la cui scadenza contrattuale è prevista tra il 31.12.16 e il 31.10.17, previa ridefinizione dell'assetto organizzativo delle PP.OO.	Entro il 30/06/2017 nuovo assetto e revisione del Regolamento PP.OO. Entro il 31/10/2017 effettuazione Selezioni delle PP.OO., la cui scadenza è prevista tra il 31.12.16 e il 31.10.17.	Regolamento con delibera 294 del 21/06/2017 Nuovo assetto organizzativo con delibera 299 del 27/06/2017 Vedi anche nota DA nr 170314/dic2017	😊	20	20
	3	Assegnazione Incarichi Professionali	Conferimento degli incarichi professionali dirigenziali, secondo le priorità e le indicazioni fornite dalla Direzione di concerto con S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitarie	Entro 31/12/2017, di concerto con SC Pianificazione, prog. e organ. Sanitaria: Conferimento degli incarichi professionali dirigenziali, secondo le priorità e le indicazioni fornite dalla Direzione.	Prime deliberazioni già entro il mese di marzo 2017 (150 del 29/03/2017). Tuttavia in attesa di approvazione del nuovo POA anche su base regionale, la Direzione a preferito sospendere. Decisione non rientrante nell'ambito di controllo della Struttura	😊	20	20
	4	Definizione della dotazione organica del personale amministrativo, per linee di attività, a seguito dell'analisi dei carichi di lavoro, di concerto con la S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Evidenza documento.	Entro 31/12/2017 Documento che definisce la dotazione organica per linee di attività.	Non è stato possibile raggiungere l'obiettivo a causa del ritardo lavoro di consegna da parte del consulente esterno. Attività comunque non controllabile dalla struttura	😊	15	15
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata: obiettivi raggiunti	😊	10	5
	6	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	😊	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)				
							100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Affari Generali

Direttore Avv. Giovanna Depetro

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	L'incremento dei costi è legato all'iniziativa di Alisa in merito alla nuova contrattazione con le strutture sanitarie e socio-sanitarie in convenzione. Attività richiesta da Alisa e non controllabile dalla struttura complessa, per effetto della quale, tuttavia, le economie sono rilevabili in altra area del bilancio.	☺	5	5
	1	Regolamento afferente la rogatoria in forma pubblica e la registrazione dei contratti	Evidenza proposta deliberativa	Entro il 30/09 presentazione proposta deliberativa	Delibera 439 del 20/09/2017	☺	10	10
Performance	2	Revisione delle modalità di espletamento dell'accesso a dati e documenti aziendali e relativo regolamento afferente Accesso agli atti (accesso documentale) di cui alla L.n.241/90 e s.m.i. art.22 e s.m.i. Accesso civico di cui	Presentazione proposta deliberativa di concerto con Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Entro il 20 giugno 2017 presentazione della proposta deliberativa	Repertorio 107 del 15/05/2017	☺	20	20
	3	Revisione corso FAD aziendale sulla privacy	Produzione nuove slide corso	Entro il 31.12.2017 produzione slide corso	Mail Trasmissione ID 57473714 del 28/12/2017 e ID 57489231 del 28/12/2017	☺	20	20
	4	Costituzione di elenco di legali esterni per l'Azienda	Proposta di emissione avviso pubblico di concerto con SC Legale	Entro il 31.03.2017 proposta di emissione avviso pubblico	Delibera 152 del 29/03/2017	☺	20	20
	5	Revisione regolamento afferente l'adozione dei provvedimenti aziendali	Presentazione della proposta deliberativa di concerto con la Direzione Dipartimentale ed Aziendale	Entro il 31/1/2017 presentazione della proposta deliberativa	Delibera 31 del 1/01/2017	☺	15	15
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata: obiettivi raggiunti	☺	10	5
	7	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	☺	0	5
	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)					
							100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Servizio Amministrazione del Personale
Direttore Dott.ssa Silvia Simonetti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017. Reporti CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	😊	5	5
	1	Procedura concorsuale per la graduatoria infermieri professionali di cui ASL 3 è capofila	completamento della procedura (prove e redazioni della graduatoria)	Entro il 31/12/2017 effettuazione prove concorsuali e redazione graduatoria	Delibera 587 del 6/12/2017	😊	30	30
Performance	2	Attivazione di un sistema di monitoraggio mensile in applicazione legge 161/2014 sul rispetto degli orari di lavoro con invio reportistica di sintesi a Direzione sanitaria (personale medico/sanitario non medico) Direzione Amministrativa (personale dirigenziale e non amministrativo tecnico a professionale) Direttore Professioni sanitarie (personale di competenza)	Invio reportistica mensile	Invio mensile di reportistica di sintesi alle direzioni	L'invio dei report di monitoraggio è stato assicurato. L'ultimo, a chiusura dei cedolini del mese di marzo 2018.	😊	5	5
	3	Definizione della dotazione organica del personale amministrativo, per linee di attività, a seguito dell'analisi dei carichi di lavoro, di concerto con la S.C. OSRU	Evidenza documento	Entro 31/12/2017 Documento che definisca la dotazione organica per linee di attività.	Non è stato possibile raggiungere l'obiettivo a causa del ritardato lavoro di consegna da parte del consulente esterno. Attività comunque non controllabile dalla struttura	😊	15	15
	4	Avvio revisione regolamenti interni ai CCIA aziendali al fine di armonizzarli alla normativa vigente	redazione di un testo unico comprendente solo le norme dei CCIA aziendali ancora applicabili	Entro il 31/12/2017 revisione dei regolamenti interni ai CCIA aziendali relativamente a: - Regolamento mensa - Regolamento su Pronta Disponibilità - Regolamento Merloni Ter - in collaborazione con uffici preposti - Regolamento Fondi Intrafirma - in collaborazione con ufficio preposto - Regolamento su orario di lavoro in applicazione della L. 161/2014	La proposta di revisione dei regolamenti ai fini dell'armonizzazione degli stessi con la normativa vigente è stata attuata. In ragione della non chiara attuazione e/o impatto sulla regolamentazione aziendale, si è tuttavia optato per un rinvio sulla base dei chiarimenti e/o indirizzi meglio formulati su Merloni Ter. Si interpreta l'obiettivo sostanzialmente raggiunto sui temi rientranti nel proprio controllo	😊	10	10
	5	Estensione a tutte le strutture dell'autorizzazione da Portale dello straordinario.	tutte le strutture aziendali utilizzano la funzione autorizzazione allo straordinario da Portale	Entro il 31/12/2017 eliminazione delle richieste cartacee di straordinario in tutte le strutture ASL	Modalità in funzione sul portale aziendale alla data del 31/12/2017	😊	0	0
	6	Definizione di una procedura che renda vincolante, all'atto dell'assunzione e/o trasferimento di personale, la compilazione della scheda di assegnazione al cdic completa di informazioni e relativa % di attribuzione in collaborazione con SC POU e SC Professioni Sanitarie	Evidenza procedura	Entro 30/06/2017 definizione procedura e circolare a tutte le Strutture Monitoraggio CCD	Procedura identificata con nota 888827 del 23/06/2017	😊	10	10
	7	Fondo di perequazione dei dirigenti medici (anni 2013-2015) definizione delle quote accantonate secondo contratto	Attivazione tavolo di contrattazione sindacale finalizzato al recupero delle pregresse annualità relative a quote fondo perequazione anni 2013-2015 di concerto con S.C. Amministrazione del Personale	Entro il 30/04/2017 attivazione tavolo Entro il 30/06/2017 liquidazione	Accordo siglato e liquidazione avvenuta nel mese di giugno 2017	😊	15	15
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata; obiettivi raggiunti	😊	10	5
	Performance	9	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	😊	0
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)				

[Handwritten signature]
1 di 1

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Aggiornamento e Formazione
 Direttore Dottoressa Veneranda Guida

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Vedasi scheda di budget economico 2017	😊	5	5
	1	Completamento del trasferimento dalla piattaforma Moodle attualmente in uso (versione 1.9) a quella più recente disponibile di n° 16 corsi FAD	Tempistica messa a regime definitiva nuova piattaforma on line	Entro il 30/4/2017 completamento del trasferimento dei n° 16 corsi sulla nuova piattaforma	Obiettivo sostanzialmente raggiunto. Il solo corso sulla Privacy è stato rieditato sulla base del nuovo fabbisogno contenutistico esternamente alla nuova piattaforma anche alla luce della nuova normativa.	😊	20	20
Performance	2	Riedizione edizioni corso di formazione obbligatorio "Corso per l'accertamento e l'acquisizione delle conoscenze radio professionali" previsto dal d.lgs. 187 del 26 maggio 2000, articolo 7 e per la formazione prevista dall'art. 61 par. 3 e del d.lgs. 230 del 17 maggio 1995 e s.m.i.	Garantire il rinnovo della certificazione quinquennale scaduta al 31/12/2016 al personale sanitario inserito nell'elenco degli "esposti"	Entro il 31/12 programmazione ed erogazione delle n° 7 edizioni preventivate	Sono state realizzate rispettivamente 5 e 3 edizioni per ciascuno dei programmi previsti di accertamento e acquisizione delle conoscenze in tema di radioprotezione (personale dirigente medico e non medico e TSRM)	😊	20	20
	3	Programmazione e realizzazione edizioni corso di aggiornamento di formazione e accertamento di idoneità tecnica per gli addetti antincendio	Garantire il rinnovo della certificazione al personale dipendente e convenzionato che ha conseguito l'attestato di idoneità da più di 5 anni	Entro il 31/12 n° 4 edizioni corsi base Entro il 31/12 n° 3 edizioni corsi aggiornamento.	Corsi base e corsi di aggiornamento effettuati regolarmente (rispettivamente 5 e 3 edizioni)	😊	15	15
	4	Organizzazione e realizzazione edizioni previste corso regionale "Promozione dell'allattamento al seno" rivolta agli operatori del percorso nascita (dipendenti e convenzionati) di tutte le ASU/Ospedali liguri	Evidenza programmazione e rispetto tempistica sul monitoraggio della realizzazione delle edizioni previste da parte di tutte le ASU/Ospedali liguri	Entro 31/12 realizzazione delle n° 12 edizioni previste	Assicurati 15 eventi complessivamente per gli eventi a programma (almeno due edizioni per ciascuna azienda figure (escluso Galliera ed Evangelico) per un totale di partecipanti pari a 265 unità	😊	15	15
	5	Organizzazione e realizzazione edizioni previste corso regionale "Illustrazione dell'attività professionale in corso di ricovero tramite il corretto utilizzo della nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)"	Evidenza programmazione e rispetto tempistica sulla realizzazione delle edizioni previste.	Entro il 30/06 programmazione ed erogazione delle edizioni previste	Assicurate 8 edizioni entro il 31/05/2017 e copertura del fabbisogno rappresentato dai Dipartimenti attivi presso l'Asi3	😊	15	15
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Obiettivi raggiunti secondo allegato	😊	10	5
7	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	😊	0	5	
	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)					
							100	100



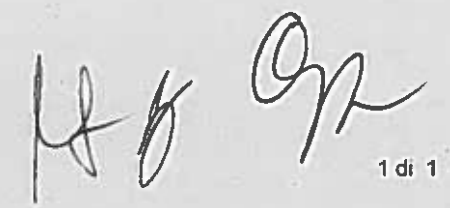
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
Dipartimento Tecnico
Direttore Ingegnere Marco Bergia Boccardo

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti
1	Piano investimenti	Evidenza documenti 2017 entro 30/06 2018-2019 entro 31/12	Entro 30/06/2017 adeguamento piano annuale 2017 Entro 31/12/2017 revisione piano triennale per anni 2018-2019	25	Delibera 288 del 21/09/2017 "Piano degli investimenti del triennio 2017-2019"	😊	25
2	Monitoraggio mensile stato di avanzamento lavori/acquisti apparecchiature	Creazione di report mensili per monitoraggio mensile andamento lavori/acquisti apparecchiature	Entro il 30/04/2017 evidenza report A partire dal mese di maggio invio report entro il 10 giorno del mese successivo alla Direzione Generale/Sanitaria/Amministrativa	20	Report periodici e al bisogno sono stati assicurati alla DA anche al fine di assicurare l'andamento dei lavori secondo le priorità e scadenza	😊	20
3	Piano della comunicazione dei SAL sui cantieri aperti	Implementazione strumento BDAP	Entro 30/06/2017 funzionalità del sistema Entro il 31/12/2017 perfezionamento procedura per report di sintesi	20	Le funzionalità del sistema BDAP è stato testato nel primo semestre 2017. A seguire sono stati comunicati i report concordati alla Direzione Amministrativa	😊	20
4	Studio di fattibilità finalizzato alla progettazione e pianificazione di un software a supporto del processo di autorizzazione sanitarie e di accreditamento delle Strutture Ospedaliere e territoriali	Evidenza software	Entro il 31/12/2017 progetto individuazione software	15	Lo studio è stato realizzato e l'esito delle analisi hanno consentito di fornire le indicazioni di minima ed i requisiti funzionali per la realizzazione assegnata nel 2018.	😊	15
6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			20	Si è proceduto ad aggiornare sulla piattaforma pubblica tutti i documenti richiesti. Vedi allegata scheda.	😊	20
TOTALE SCHEDA DI BUDGET				100			100



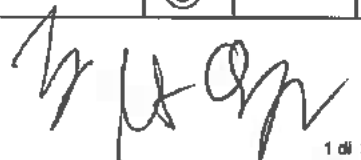
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
Dipartimento Tecnico
Settore Coordinamento Manutenzioni
Direttore Ingegnere Marco Bergia Boccardo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del	Punti Comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti
Performance	1	Monitoraggio andamento spesa manutenzioni	Redazione trimestrale di verifica		A fine ogni trimestre	50	Come da comunicazione inviata al CCD agli atti l'attività di monitoraggio è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	50
	2	Programmazione semestrale piano di interventi	Redazione piano aggiornato semestralmente		Entro 31/12/2017 aggiornamento piano	50	Come da comunicazione inviata al CCD agli atti a causa di urgenze intervenute, l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.	☹	37,5
TOTALE SCHEDA DI BUDGET						100			88



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Patrimonio
Ingegnere Francesco Zampini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto			
Efficienza	1	Ottimizzazione costi	Riduzione 3% consumato rispetto anno 2016 in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Sostanziale rispetto dei tetti di spesa fissati	☺	5	5			
			Rispetto budget assegnato	Vedi Tabella Anno 2017	Sostanziale rispetto dei tetti di spesa fissati	☺	5	5			
Performance	1	Banca dati aggiornata relativa alla superfici degli immobili censiti Micenes	Tempistica integrazione database Attribuzione a cdc superficie	Entro 30/6 Definizione struttura dati all'interno database e procedure di aggiornamento interdipartimentale Entro 30/9 calcolo superfici di ciascun piano di ciascun immobile almeno per il 25% degli immobili non censiti da Micenes Entro 31/12 calcolo superfici di ciascun piano di ciascun immobile per un ulteriore 25% degli immobili non censiti da Micenes. Nel caso si riesca ad ottenere una risorsa umana aggiuntiva a partire dal 1/7 la % potrà essere incrementata di un ulteriore 30% Monitoraggio CCD	La banca dati è stata aggiornata nei tempi e scadenze programmate.	☺	15	15			
				Calcolo superfici e attribuzione ai singoli CdC presenti all'interno dei presidi ospedalieri e/o delle strutture poliambulatoriali di maggiore dimensione	Tempistica censiti Nr edifici	Entro 30/6 definizione strutture su cui concentrare il lavoro da svolgere entro il 31/12/2017 (max 2 ospedali o 4 strutture poliambulatoriali) di concerto con CCD Entro 31/12 calcolo superfici assegnate a ciascun CdC per le strutture definite al punto precedente Monitoraggio CCD	Le strutture censite sono state: 069 Via Archimede; 076 Via Bertani; 078 Via Bonghi; 072 Via Assarotti; 208 Viale Brigate Partigiane. Ciò in accordo con le Direzioni Amministrativa e Tecnica in ragione delle priorità rispetto alle movimentazioni degli spazi. L'obiettivo è stato sostanzialmente raggiunto	☺	10	10	
						Supporto strategico alla Direzione	Per la sede distrettuale di via Assarotti: mappatura delle destinazioni d'uso e del numero di occupanti entro il 31/01. Monitoraggio Direzione Amministrativa	Gli obiettivi sono stati raggiunti entro le date programmate. Il Consultorio del Distretto 11 è stato distribuito su più sedi in ragione del principale bacino di utenza: via Assarotti, vi Rivali e via del Lagaccio.	☺	15	10
							Trasferimento SC Igiene da sede Viale Brigate Partigiane Entro 30/06 liberazione del 3° piano dell'immobile di viale Brigate Partigiane a Via Frugoni				
Razionalizzazione sedi erogazione attività distrettuali	Trasferimento Ser.T. Distretto 12 c/o nuova sede Via Canevani Entro 31/03 stipula contratto di locazione immobile via Canevani	Entro 30/06 liberazione del 3° piano dell'immobile di viale Brigate Partigiane a Via Assarotti e Via XII Ottobre									
	Miglioramento flussi informativi	Modifiche al database di gestione dei consumi e dei costi per le forniture idriche	Entro 30/06 modifica sezione controllo costi per attribuzione costi in competenza e migliore controllo della spesa Entro 30/09 modifica sezione gestione consumi	Aggiornamento della base dati effettuata sostanzialmente nei tempi programmati	☺	10	10				
5		Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC, recepimento delle linee guida regionali in ambito immobilizzazioni con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto	Entro 30/06/2017 presentazione progetto	Il progetto presentato in modo coerente con le aspettative	☺	10	5			
	evidenza istruzioni operative		Entro 31/10/2017 istruzioni operative area immobilizzazioni	GEN-DG-IO16A; GEN-DG-IO16B; GEN-DG-IO16C; GEN-DG-IO16D; Delibera 627/2017	☺	10	20				



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Patrimonio
Ingegnere Francesco Zampini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance	6	Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA: Supporto allo Sviluppo di un documento di monitoraggio delle non conformità relative alla manutenzione ordinaria/straordinaria delle apparecchiature, degli impianti, delle strutture	Evidenza di piano annuale con produzione del documento analitico delle non conformità	Entro il 31/12/2017 presentazione del Documento alla Direzione Aziendale con produzione di report di sintesi delle non conformità rilevate. Sviluppo di un documento di programmazione con proposte di priorità di intervento per la risoluzione delle criticità rilevate.	Segnalate cinque non conformità relative ai consumi idrici che sono state prese come riferimento per successivi controlli e verifiche tecniche.	☺	10	5
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata: obiettivi raggiunti	☺	10	10
	8	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)				
							100	100




SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
Struttura Complessa Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico
Direttore Ingegnere Marco Bergia Boccardo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti	Punti
Efficacia	1	Ottimizzazione costi	Riduzione 3% consumato rispetto anno 2016 in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner (in riferimento consumi anno precedente Uffici Sestri come S.C. Gestione Tecnica Centro Ponente)		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017	5	5	Come da scheda allegata denominata Budget economico 2017 l'obiettivo è stato pienamente raggiunto	😊	5	5
			Rispetto budget assegnato relativo all'acquisto di beni e servizi (in riferimento consumi Uffici Sestri anno precedente come S.C. Gestione Tecnica Centro Ponente)	vedi tabella allegata	Vedi Tabella Anno 2017	10	5	Come da scheda allegata denominata Costi Bilancio 2017 l'obiettivo è stato pienamente raggiunto	😊	10	5
Performance	1	Rifunzionalizzazione del Pastorino per conversione in "Casa della Salute"	Rispetto tempistica		Entro 90 gg. dalla definizione dei lavori ristrutturazione e riattivazione del primo e secondo piano.	25	20	Come da relazione inviata al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto	😊	25	20
	2	Progettazione e esecuzione lavori edili e impiantistici nuovo laboratorio di patologia clinica presso ex Ospedale Celestia	Rispetto tempistica		Entro 31/12/2017 Consegna Progetto Esecutivo	10	10	Come da relazione inviata al CCD il progetto presentato il 29/11/2017. Obiettivo raggiunto	😊	10	10
	3	Rifunzionalizzazione compendio Immobiliare sito in Genova - Voltri denominato area CPM Teccaldo	Rispetto tempistica		Entro 31/12/2017 Cantierizzazione ed esecuzione al grezzo delle opere	5	5	Come da relazione inviata al CCD al 31/12/2017 le opere al grezzo sono state consegnate. Obiettivo raggiunto	😊	5	5
	4	SERT Distretto 8 - Ristrutturazione piano secondo e climatizzazione edificio palazzina uffici	Rispetto tempistica		Entro 31/08/2017 completamento lavori	5	5	Come da relazione inviata al CCD i lavori sono stati completati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto	😊	5	5
	5	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC, recepimento delle linee guida regionali in ambito immobilizzazioni con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 30/06/2017 presentazione progetto	10	5	Come da relazione inviata al CCD il progetto è stato presentato nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	10	5
			evidenza istruzioni operative		Entro 31/10/2017 istruzioni operative area immobilizzazioni	10	20	Come da relazione inviata al CCD le istruzioni operative sono state formulate nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	10	20
6	Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA: Sviluppo di un documento di monitoraggio delle non conformità relative alla manutenzione ordinaria/straordinaria delle apparecchiature, degli impianti, delle strutture	Evidenza di piano annuale con produzione del documento analitico delle non conformità		Entro il 31/12/2017 presentazione del Documento alla Direzione Aziendale con produzione di report di sintesi delle non conformità rilevate. Sviluppo di un documento di programmazione con proposte di priorità di intervento per la risoluzione delle criticità rilevate	10	10	Come da relazione inviata al CCD la struttura si è resa disponibile all'analisi.	😊	10	10	
Performance	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10	Come da relazione inviata al CCD tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e modi previsti.	😊	10	10
		Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			Come da relazione inviata al CCD tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e modi previsti.	😊	0	5

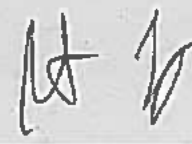

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
Struttura Complessa Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico
Direttore Ingegnere Marco Bergia Boccardo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti	Punti
u.	8	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5	Come da relazione inviata al CCD tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e modi previsti.	☺	0	0
						100	100			100	100




SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
Struttura Complessa Riqualificazione Edilizia
Direttore Ingegnere Benedetto Maccio'

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti	Punti
Efficacia	1	Ottimizzazione costi	Riduzione 3% consumi rispetto anno 2016 in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner (in riferimento consumi Uffici Sestri anno precedente come S.C. Gestione Tecnica Centro Levante)		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017	5	5	Obiettivo raggiunto. Vedi scheda denominata Budget e economico 2017	☺	5	5
			Rispetto budget assegnato relativo all'acquisto di beni e servizi (in riferimento consumi Uffici Sestri anno precedente come S.C. Gestione Tecnica Centro Levante)		Vedi Tabella Anno 2017	10	5	Obiettivo raggiunto. Vedi scheda denominata Budget e economico 2017	☺	10	5
Performance	1	Lavori di risanamento conservativo per la creazione della nuova "Casa della Salute" all'interno del P.S.S. di Genova Quarto	Rispetto tempistica		Entro 8 mesi dal rilascio del parere favorevole della Sovrintendenza	25	25	Come da comunicazione inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto	☺	25	25
	2	Risanamento strutturale e rifunzionalizzazione del Pad. 6 P.T. di Levante per la realizzazione di nuova sede del Centro Trasfusionale presso P.O. Villa Scassi	Rispetto tempistica		Entro 31/07/2017 ultimazione Lavori	10	10	Come da comunicazione inviata al CCD l'attività è stata effettuata nonostante la sospensione del cantiere	☹	7,5	7,5
	3	Lavori di ampliamento e rifunzionalizzazione del SERT presso il Pad. 24 dell'ex O.P. di Genova Quarto.	Rispetto tempistica		Entro 30/11/2017 ultimazione lavori	5	5	Come da comunicazione inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto	☺	5	5
	4	Realizzazione del Nuovo Polo Levante di Recupero e Riadeguazione Funzionale presso il P.S.S. di Genova Quarto	Rispetto tempistica		Entro 30 giorni dal rilascio del parere favorevole della Sovrintendenza	5	5	Come da comunicazione inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto	☺	5	5
	5	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC recupero delle linee guida regionali in ambito immobilizzazioni con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 30/09/2017 presentazione progetto	10	5	Come da comunicazione inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	10	5
		evidenza istruzioni operative		Entro 31/10/2017 istruzioni operative area immobilizzazioni	10	20	Come da comunicazione inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	10	20	
Performance	6	Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA: Sviluppo di un documento di monitoraggio delle non conformità relative alla manutenzione ordinaria/straordinaria delle apparecchiature degli impianti delle strutture	Evidenza di piano annuale con produzione del documento analitico delle non conformità		Entro il 31/12/2017 presentazione del Documento alla Direzione Aziendale con produzione di report di sintesi delle non conformità rilevate. Sviluppo di un documento di programmazione con proposte di priorità di intervento per la risoluzione delle criticità rilevate	10	10	Come da allegato denominato "Carmina" agli atti l'obiettivo è stato raggiunto	☺	10	10
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	5	Come da comunicazione inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
Struttura Complessa Riqualificazione Edilizia
Direttore Ingegnere Benedetto Maccio'

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti	Punti
Performance	8	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5	Come da comunicazione inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	0	5
	8	Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			Come da comunicazione inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	0	0
						100	100			96	96




SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Ingegneria Clinica
Ingegnere Gino Spada

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Nota	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Rispetto del budget assegnato per gli acquisti apparecchiature e la manutenzione delle apparecchiature	Budget assegnato	Vedi Tabella Anno 2017	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
	1	Miglioramento processo piano acquisti apparecchiature elettromedicali	Rispetto tempistica	Entro 31/3 verifica fabbisogno apparecchiature elettromedicali e presentazione proposta alla Direzione Generale proposta di piano acquisti apparecchiature Anno 2017 con ipotesi per 2017 e 2018. Entro 30/09 Predisposizione ed inoltro a Provveditorato di tutta la documentazione tecnica necessaria per l'esecuzione del piano aggiornamento delle apparecchiature approvato. Entro il 31/12 gare completate	Il piano di approvvigionamento è stato sostanzialmente rispettato, come anche il tetto di spesa sulle voci coinvolte dalle funzioni della struttura. Il ritardo nell'autorizzazione del mutuo da parte di regione Liguria ha comportato una valutazione di congruità con i limiti economici evidenziati nell'ultimo trimestre dell'anno, avendo tali investimenti forte impatto sul valore di bilancio imputabile per competenza (DLg.vo 118/2011). Detto limite, verificato ed in accordo con la Struttura Bilancio è stato accordato ad un livello sostenibile. La struttura ha assicurato gli iter di aggiudicazione secondo il nuovo programma revisionale. Obiettivo dunque raggiunto.	☺	10	5
	2	Analisi HTA, riorganizzazione, aggiornamento tecnologico parco aziendale ecografici	Rispetto tempistica	Entro il 31/12	L'attività era legata all'aggiudicazione della gara regionale per la manutenzione delle apparecchiature biomedicali ed al conseguente avvio del servizio puntualmente inserito nel capitolato. Tuttavia l'iter di aggiudicazione ha subito dei ritardi a seguito di ricorsi intervenuti. L'aggiornamento della procedura di gestione degli inventari era stata approntata in vista dell'avvio del servizio. Tuttavia, per motivi fuori dal controllo della struttura, non si è potuto procedere l'aggiornamento.	☺	10	10
Performance	3	Aggiornamento tecnologico e completa digitalizzazione dei sistemi elettromedicali utilizzati per lo screening mammografico	Rispetto tempistica	Entro 31/12 Completa digitalizzazione dei sistemi elettromedicali	L'aggiudicazione è stata garantita entro il mese successivo a quello previsto come obiettivo a causa di attività fuori dal controllo della struttura (commissione CRA, valutazione e aggiudicazione da parte della stessa). L'obiettivo si ritiene sia stato sostanzialmente raggiunto.	☺	10	5

Handwritten signature in blue ink.

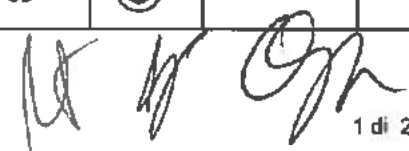
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Ingegneria Clinica
Ingegnere Gino Spada

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Nota	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance	4	Aggiornamento inventario cespiti sulla procedura OLIAMM con riferimento alla classe merceologica "K" (conto 010 020.005 "Attrezzature specifico-sanitarie" in collaborazione con la SSD Economico e Logistica	Aggiornamento procedure organizzative Aggiornamento inventario: provvedimento di smissione di massa delle apparecchiature non più in uso; Rispilogo dei cespiti oggetto di trasferimento logistico da centro a centro	Aggiornamento delle procedure entro il 30/04/2017 Piano di azione per l'aggiornamento dell'inventario cespiti entro 30 giorni dall'affidamento della gestione delle manutenzioni in Global Service	Come al punto 2 sulle apparecchiature, l'attività era legata all'aggiudicazione della gara regionale per la manutenzione delle apparecchiature biomedicali ed al conseguente avvio del servizio puntualmente inserito nel capitolato. Tuttavia l'iter di aggiudicazione ha subito dei ritardi a seguito di ricorsi intervenuti. L'aggiornamento della procedura di gestione degli inventari era stata approntata in vista dell'avvio del servizio. GEN-DG-PR13 e GEN-DG-IO13. Tuttavia, per motivi fuori dal controllo della struttura, non si è potuto procedere l'aggiornamento.	☺	25	25
	5	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito immobilizzazioni con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto	Entro 30/06/2017 presentazione progetto	Attività assicurata entro i termini programmati	☺	10	5
			evidenza istruzioni operative	Entro 31/10/2017 Istruzioni operative area immobilizzazioni	Attività assicurata entro i termini programmati	☺	10	20
	6	Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA: Sviluppo di un documento di monitoraggio delle non conformità relative alla manutenzione ordinaria/straordinaria delle apparecchiature, degli impianti, delle strutture	Evidenza di piano annuale con produzione del documento analitico delle non conformità	Entro il 31/12/2017 presentazione del Documento alla Direzione Aziendale con produzione di report di sintesi delle non conformità rilevate. Sviluppo di un documento di programmazione con proposte di priorità di intervento per la risoluzione delle criticità rilevate.	Il documento relativo al monitoraggio delle non conformità è stato inoltrato alla struttura UGR con mail del 29/12/2017	☺	10	10
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata: obiettivi raggiunti	☺	10	10
	8	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	☺	0	5
			Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)				
								100

Handwritten signature in blue ink: M. S. G.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Dottoressa Luisa Pareto

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi	Riduzione 3% consumato rispetto anno 2016 in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner. (escluso licenze software)	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/08/2017 Report CGD	Il valore dei costi si è mantenuto sostanzialmente al di sotto del valore tetto assegnato	☺	10	10
			Rispetto budget assegnato relativo all'acquisto di beni e servizi	Vedi Tabella Anno 2017	Il valore dei costi si è mantenuto sostanzialmente al di sotto del valore tetto assegnato	☺	0	0
			Analisi del nuovo modello dei costi di Liguria digitale e controllo dei relativi pagamenti/liquidazioni con supporto alla S.C. Bilancio		Il valore del costo per giornata è stato commentato e valutato ed i tempi relativi ai pagamenti sono restati sostanzialmente all'interno dei margini fissati dalla normativa e dai contratti in essere, tenuto conto delle date riferibili alla validazione e conferma delle operazioni assicurate	☺	0	0
Performance	1	Implementazione software gestione sale operatorie su Villa Scassi Sestri e Gallino	Evidenza collaudo prodotto	Entro 1/07 prodotto funzionante per sperimentazione; Sperimentazione blocco operatorio di chirurgia generale e vascolare di Villa Scassi poi estesa a tutte le SS.CC. chirurgiche di Villa Scassi entro dicembre 2017 Successivamente alle altre SS.CC. chirurgiche del P.O.U	Il programma delle attivazioni è stato confermato, riuscendo a garantire una nuova sessione di formazione sul campo per gli operatori coinvolti nell'avvio dell'utilizzo degli strumenti informatici	☺	20	20
	2	Unificazione e omogeneizzazione Pronto soccorso POU (Villa Scassi, Sestri e Gallino)	Pronto Soccorso attivati	Entro 31 Marzo 2017 nuovo Ps Sivils Gallino Entro 30/04/2017 nuovo PS Sestri	Attivazioni assicurate rispettivamente entro il 27/04/2017 e entro il 3/04/2017.	☺	20	20
	3	Informatizzazione scheda pediatrica territoriale	n. ambulatori informatizzati	Entro il 30/08 almeno due ambulatori informatizzati	Attivata la scheda presso Fiumara e via Bonghi entro il 30/09/2017	☺	20	20
	4	Aggiornamento inventario cespiti sulla procedura OLIAMM con riferimento alla classe merceologica "Q"/conto 010.045.005 "Macchine d'uffi.elettroniche ed elettron.computer"	Aggiornamento procedure organizzative Aggiornamento inventario: provvedimento di massima delle apparecchiature non più in uso; Riepilogo dei cespiti oggetto di trasferimento logistico da centro a centro	Aggiornamento delle procedure entro il 30/04/2017 Provvedimento di aggiornamento dell'inventario per ubicazione entro il 31/12/2017	Procedure aggiornate entro il 30/09/2017. Sulla base dei dati in possesso sono state inoltre aggiornate le basi dati relative a inventario ubicazione, bonifica CdC non più in uso, smaltimento e ricollocazione cespiti. Nota ID 57378401 del 19/12/2017	☺	20	20
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata: obiettivi raggiunti	☺	10	5



1 di 2

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Dottorssa Luisa Pareto

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance	7	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		☺	0	0
							100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore f.f. Dott. Piero Vidotto fino al
Direttore f.f. Dott. Alessandro Correggi dal Al ...31/12

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti dirigenza	Punti comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo non raggiunto. Il budget assegnato non è stato rispettato. Vedasi scheda di budget economico 2017	5	5	☹	0	0
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,73 Proiez Anno 2016= 0,80	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016= 0,80 Anno 2017=0,74 Obiettivo pz raggiunto	5		☹	3,75	0
							10	5		3,75	0
proprietà	1	Informatizzazione richieste trasfusionali ed Emo-Bed Side: conclusione reparti di degenza	Numero reparti operativi		Applicazione 100% richiesta trasfusionale ed Emo-Bed Side al letto del paziente Monitoraggio intermedio al 30/6	Come da relazione trasmessa via mail il 1.6. la CCD agli atti l'obiettivo, per la parte di competenza della SC, è da considerarsi raggiunto.	25	25	☺	25	25
	2	Mantenimento dell'autosufficienza - Diminuire acquisizione di sangue dai centri esterni e/o aumentare la cessione di emocomponenti agli altri centri trasfusionali Liguri	Numero donatori convocati telefonicamente/numero donatori che hanno donato dopo convocazione		Mantenimento autosufficienza sangue	Su un totale di 695 convocazioni telefoniche, la risposta risulta essere del 39% e rappresenta in termini numerici 281 donazioni effettive, costituendo una valida risorsa aggiuntiva ed un importante contributo al numero totale delle donazioni effettuate.	25	25	☺	25	25
		Monitorare l'indicatore "Percentuale di richieste inappropriate per trasfusioni di sangue e/o emocomponenti"	Evidenza reportistica		Al 31/12 riepilogo delle non conformità riscontrate e delle azioni di miglioramento intraprese	Come da relazione trasmessa via mail il 1.6. la CCD agli atti l'obiettivo, per la parte di competenza della SC, è da considerarsi raggiunto.					



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
 Direttore f.f. Dott. Piero Vidotto fino al
 Direttore f.f. Dott. Alessandro Correggi dal Al ...31/12

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti dirigenza	Punti comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Ap	3	Monitorare l'indicatore "Percentuale di richieste incomplete per trasfusioni di sangue e/o emocomponenti"	Evidenza reportistica		Al 31/12 riepilogo delle non conformità riscontrate e delle azioni di miglioramento intraprese	Come da relazione trasmessa via mail il 1.6. la CCD agli atti è stato effettuato il monitoraggio sulle richieste incomplete (reportistica agli atti) ed è stato individuato come azione di miglioramento un Corso FAD obbligatorio per il personale coinvolto.	25	25	😊	25	25
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema "Pazienti che effettuano il test di Coombs"	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema previsto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Come da documentazione agli atti la SC ha provveduto alla revisione del modulo di richiesta per esecuzione del test di Coombs. Tale nuovo modulo, condiviso con i centri prelievo afferenti alla ASL3, e' stato migliorato nella semplificazione e nel dettaglio dei campi di compilazione; la SC ha provveduto altresì ad inserire nella intranet aziendale tale modulo per facilitarne il reperimento a tutti gli operatori presenti sul territorio. Obiettivo raggiunto.	15	20	😊	15	20
							90	95		90	95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100	100		93,75	95



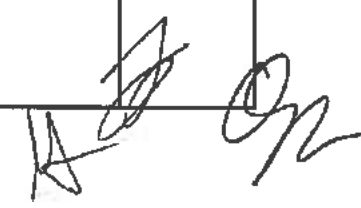
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Anatomia Patologica
Direttore f.f. Dottore Luca Anselmi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Miglioramento rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016 = 0,88 Anno 2017=0,91	☺	5	0
							10	5
	1	Riduzione tempi di refertazione attività istituzionale	Rispetto tempistica refertazione in urgenza	Vedi tabella allegata Monitoraggio Direzione POU		☹	15	15
	2	Rispetto tempi di refertazione attività screening	Rispetto tempistica refertazione di cui alla tabella allegata	Vedi tabella allegata Monitoraggio Direzione POU		☹	15	15
	3	Garantire risposte entro 4 gg lavorativi per l'80% degli esami biopsici preoperatori richiesti con modalità "urgente" per patologie oncologiche senza indagini ihc (immunoistochimica)	rispetto della tempistica	80% esami entro quattro gg lavorativi	Relazione Direttore SC L'obiettivo assegnato non è rilevabile in quanto le prestazioni non vengono identificate come urgenti e non c'è modo di identificare i campioni preoperatori e oncologici Il sistema informativo in dotazione non utilizza i codici SNOMED L'obiettivo si intende raggiunto in considerazione della mancanza di corretta compilazione e mancanza di informazioni da parte del reparto richiedente	☺	20	20

Luca Anselmi

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Anatomia Patologica
Direttore f.f. Dottore Luca Anselmi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Nota	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	4	Migliorare la qualità della richiesta implementando e perfezionando la tracciabilità dei campioni; verranno prodotti dei report periodici che saranno inviati alle varie UO afferenti con le criticità rilevate. Elaborazione dati statistici ed invio alle u.o. richiedenti delle non conformità rilevate, registrate e risolte	% delle non conformità rilevate su tutte le richieste pervenute: • Mancato inserimento su sistema inf. • Mancato invio del materiale dopo inserimento online entro 24h lavorative • Non correlazione tra richiesta e materiale • Errori Anagrafici • Assenza notizie cliniche audit ed ottimizzazione dei percorsi comuni	riduzione del 15% Responsabile del monitoraggio: CPSE e RAQ	Relazione Direttore SC: Viene effettuata verifica che il materiale inserito online nel sistema informatico sia pervenuto al Servizio Riduzione della non conformità di almeno il 40%	☺	10	10
	5	Test con Anticorpo ALK metodica utile nel PDT dell'adenocarcinoma del polmone	numero esami con referto completo su tutti i referti di ADK del polmone riduzione del tempo di risposta fra l'invio del campione e validazione dell'esame completo del test ALK	90% referti dell'anno in corso completi del test ALK	Relazione Direttore SC: 100% referti completi del test ALK Obiettivo raggiunto	☺	10	5
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio	Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	☺	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Anatomia Patologica
Direttore f.f. Dottore Luca Anselmi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
	7	Messa a disposizione di un tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati	Evidenza della esportazione del flusso mensile	Entro il 31 maggio , in accordo con SIA e CCD individuazione della procedura organizzativa finalizzata alla gestione delle informazioni relative all'attività rivolta ai pazienti interni Da 1/7 avvio monitoraggio	Come da relazione del Direttore f.f. della SC Anatomia Patologica trasmessa al CCD agli atti tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati è stato messo a disposizione nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	0	10	
							80	85	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								90	90



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Laboratorio Analisi
Direttore f.f. Dott. Antonino Spitaleri

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti dirigenza	Punti comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto in considerazione dell'aumento della produzione	5	5	☺	5	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015=1,99 Proiezione Anno 2016=2,10	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016=2,03 Anno 2017=2,47 Obiettivo raggiunto	5		☺	5	0
							10	5		10	5
Efficacia	1	Implementazione in collaborazione con DSS e MMG di un progetto di monitoraggio per la malattia di Chagas (prevenzione malattie trasmesse da vettori) con test sierologico	Entro 30/6 stesura progetto		Entro 30/11 attivazione test sierologico e preparazione brochure informativa/manifesti /sito aziendale	E' stato redatto un progetto per favorire l'offerta del test sierologico per malattia di Chagas alle donne latino/americane in gravidanza, il test attivo presso i laboratori di ASL 3. Obiettivo raggiunto	10	10	☺	10	10
	2	In collaborazione con DSS estensione delle modalità INR capillare ad almeno un altro distretto	N° DSS con utilizzo INR capillare		Entro 2017 almeno 4 distretti operanti con la modalità INR capillare	E' stata avviata la modalità "INR capillare" nel Distretto 12. Obiettivo raggiunto	25	15	☺	25	15
	3	Riduzione nr esami inappropriati: Individuare tra le prestazioni richieste ai laboratori, quelle ad alto rischio di inappropriatazza	N° reparti richiedenti con i quali sono stati condivisi i criteri di richiesta delle prestazioni a rischio inappropriatazza Verifica della riduzione degli esami a rischio di inappropriatazza richiesti da ogni reparto		Entro 30/6 estensione ad >80 % dei reparti dei criteri condivisi Valutazione 4° trimestre 2017	Sono state condivise ed estese a tutti i reparti oggetto di monitoraggio alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza ed e' stato implementato un meccanismo di "alert" in caso di richiesta delle prestazioni in oggetto. Obiettivo raggiunto Relazione Direttore SC: Nel corso dell'anno 2017 sono stati monitorate le regole implementate nel 2016 in cui erano presenti parametri ad alto rischio di	25	15	☹	18,75	11,25



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Laboratorio Analisi
Direttore f.f. Dott. Antonino Spitaleri

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti dirigenza	Punti comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriate			Riduzione nr esami inappropriati		Riduzione 10% rispetto periodo di applicazione dei criteri	inappropriatezza, attraverso l'uso di alert all'atto della richiesta informatizzata e registrazione degli eventi contrari alle regole impostate. Nel 2017 tali regole sono state estese a tutti i reparti ospedalieri					
	4	Screening CCR	Rispetto dei tempi di refertazione		Entro 6 gg dall'effettuazione dell'esame	I tempi di refertazione concordati sono rispettati. Obiettivo raggiunto	10	10	☺	10	10
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 80156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	15	☺	10	15
	6	Promozione della cultura della Best Practice	Partecipazione al percorso ALLERT della sorveglianza delle ICAP		N° segnalazioni a reparto Monitoraggio CIO	Il laboratorio analisi (Settore Microbiologia) partecipa al percorso ALLERT nella sorveglianza delle ICAP. Obiettivo raggiunto	10	20	☺	10	20
	7	Messa a disposizione di un tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati	Evidenza della esportazione del flusso mensile		Entro il 31 maggio, in accordo con SIA e CCD individuazione della procedura organizzativa finalizzata alla gestione delle informazioni relative all'attività rivolta ai pazienti interni Da 1/7 avvio monitoraggio	Come da relazione del Direttore della SC Laboratorio Analisi trasmessa al CCD agli atti tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati è stato messo a disposizione nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.		10	☺		10
							90	95		83,75	91,25

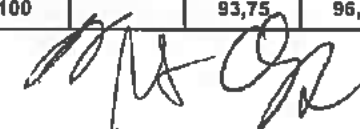
TOTALE SCHEDA DI BUDGET

100

100

93,75

96,25



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Neonatologia
Direttore Dott. Stefano Macciò

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Il budget è stato sostanzialmente rispettato. Vedasi scheda budget economico 2017 con motivazioni	😊	10
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015=0,38 Proiezz Anno 2016= 0,39	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016= 0,39 Anno 2017=0,39 Obiettivo raggiunto	😊	5
								15
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		😐	20
	2	Riduzione liste di attesa prima visita allergologia	Esecuzione prima visita entro un mese		Esecuzione della prima visita entro un mese nel 90 % dei casi	Obiettivo raggiunto Relazione SC	😊	10
	3	Riconversione in regime di dh del 95% dei Drg erogati in regime di ricovero ordinario presso rep 7301	% Drg riconvertiti in DH		95% riconversione in regime di dh dei Drg erogati in regime di ricovero ordinario presso rep 7301	Anno 2016=77 casi RO cod 7301 Anno 2017= 0 casi cod 7301 Obiettivo raggiunto	😊	15
	4	Promozione allattamento materno al seno esclusivo	nr neonati con allattamento al seno esclusivo		incremento 10% neonati con allattamento al seno esclusivo Valutazione al 45° giorno in occasione del controllo ecografico anche	Relazione Dir SC - email in data 01/06/2018 allegata agli atti Obiettivo raggiunto	😊	5

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Neonatologia
Direttore Dott. Stefano Macciò

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def	
Per	5	Miglioramento dell'accessibilità all'offerta vaccinale nel 1° anno di vita	prenotazione appuntamenti vaccinali pre dimissione		Prenotazione di quattro appuntamenti vaccinali prima della dimissione dei neonati, nei distretti di appartenenza Almeno il 95% dei nuovi nati con prenotazione	Relazione Dir SC - email in data 01/06/2018 allegata agli atti Obiettivo raggiunto	☺	15	
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Nota ID 60150676 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alle	☺	10	
									75
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									90

Stefano Macciò

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Neonatologia
Direttore Dott. Stefano Macciò

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Il budget è stato sostanzialmente rispettato. Vedasi scheda budget economico 2017 con motivazioni	☺	10
								10
Performance/Adeguatezza	1	Promozione della cultura della Best Practice: Procedura "Percorso nascita in base alla raccomandazione MDS nr 16"	Esistenza documento di implementazione procedura		Entro 30/11 completamento documentazione necessaria ad implementare la procedura "Percorso nascita in base alla raccomandazione MDS nr 16" secondo i criteri individuati dalla BP Monitoraggio Direttore SC Professioni Sanitarie	In data 30/06 è stata completata la procedura	☺	15
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuale Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Id. n. 57871693 del 24/01/2018	☺	15
	3	Questionario sulla soddisfazione della paziente ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Entità SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona	☺	15
	4	Promozione allattamento materno al seno esclusivo	nr neonati con allattamento al seno esclusivo		incremento 10% neonati con allattamento al seno esclusivo Valutazione al 45° giorno in occasione del controllo ecografico anche	Id. n. 58871645 del 24/01/2018	☺	15



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Neonatologia
Direttore Dott. Stefano Macciò

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
	5	Miglioramento dell'accessibilità all'offerta vaccinale nel 1° anno di vita	prenotazione appuntamenti vaccinali pre dimissione		Prenotazione di quattro appuntamenti vaccinali prima della dimissione dei neonati, nei distretti di appartenenza. Almeno il 95% dei nuovi nati con prenotazione	Gli appuntamenti vaccinali sono stati prenotati a tutti i neonati	☺	10
	6	Formulazione procedura ed adozione di scheda per la valutazione del dolore nel neonato	n.° cartelle con scheda di valutazione del dolore/tot. cartelle		entro 30 settembre 2017 completamento procedura entro 31/10 adozione della scheda di valutazione del dolore per tutti i nati dopo tale data.	Id. n. 57871693 del 24/01/2018	☺	20
								90

TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	------------



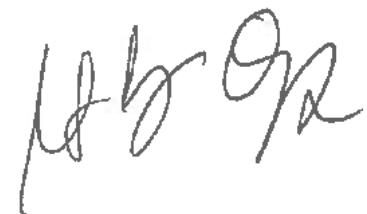
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Ginecologia ed Ostetricia
Direttore Dott. Gabriele Vallerino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo non raggiunto. Il budget assegnato non è stato rispettato	10	☹	0
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	2015=1,24 Proiez Anno 2016= 1,10	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016=1,09 Anno 2017=1,04	5	☺	3,75
							15		3,75
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		30	☺	22,5
	2	Ottimizzazione delle risorse attraverso strategie interaziendali per lo screening di 2° livello del cervico carcinoma (collaborazione con OEI)	Prasa in carico del 2° livello del cervicocarcinoma in collaborazione con OEI e riduzione tempi di attesa fra conclusione 1° livello e colposcopia		Nr di pazienti prese in carico dall'Ospedale Villa Scassi e dall'OEI e tempo di accesso al 2° livello non superiore ai 15 gg a parità di volumi di attività	Refazione Direttore SC Nr 392 pazienti prese in carico da Villa Scassi e nr 83 da OEI. Totale 475 pz Tempi di attesa inferiori ai 15 g g Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	3	Rimodulazione dell'offerta di chirurgia specialistica Offerta completa ed omogenea per il percorso del cervico carcinoma dello screening e terapia chirurgica con tempi di attesa adeguati nella logica del DMT	Istituzione entro 6/2017 di un percorso dedicato per l'intervento chirurgico dei casi positivi allo screening		Dal 1° Luglio 2017 tutte le pazienti trattate in base al percorso	Refazione Direttore SC Dal 1° luglio 2017 100% pz trattate secondo percorso nr 45 conizzazioni e nr 4 interventi di Wharheim Meigs Obiettivo raggiunto	20	☺	20



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Ginecologia ed Ostetricia
Direttore Dott. Gabriele Vallerino



Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def	
	4	Stesura protocolli finalizzati alla riduzione dei parti cesarei inappropriati	Identificazione delle categorie di tagli cesarei secondo le classi di Robson dove è necessario ridurre la percentuale		Entro il 30/5 stesura protocolli. Dal 1 Giugno evidenza in cartella clinica dell'utilizzo delle classi di Robson	Relazione Direttore SC Identificati nr 3 punti di intervento e conseguente stesura dei protocolli relativi Dal 1/6 ogni cesareo viene classificato secondo le classi di Robson Obiettivo raggiunto	10	☺	10	
Performance/Appropriatezza	5	1) Elaborazione e pubblicazione della Procedura Aziendale derivata dalla Raccomandazione Ministeriale n. 16. 2) Progettazione ed implementazione di un piano di formazione continua d'equipe dedicato alle complicanze gravi in sala parto: Distocia di Spalla, Emorragia Post Partum. Uso della ventosa (Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA)	rispetto della Procedura aziendale con valutazione attraverso audit interni 100% del personale afferente alla struttura ha partecipato agli incontri		1) Entro il 30/06/2017 pubblicazione sul sito aziendale della Procedura derivata dalla Raccomandazione Ministeriale n. 16. 2) Entro il 30/09/2017 evidenza di progettualità formativa che deve prevedere una attività pratica di simulazione d'equipe per ogni evento di concerto con SC Formazione Entro il 31/12/2017 almeno il 40% del personale coinvolto nelle attività di sala parto ha partecipato alla formazione <i>Monitoraggio UGR sulla realizzazione della procedura</i>	Relazione Direttore SC Procedura elaborata e pubblicata in Intranet, consultabile Formazione continua dedicata alle garvi complicanza eseguita in due edizioni (9/11 e 11/12/2017) 100% personale ha partecipato con valutazione positiva Obiettivo raggiunto	5	☺	5	
							85		77,5	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100		81,25



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

S.C. Ginecologia ed Ostetricia

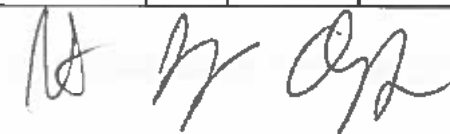
Direttore Dott. Gabriele Vallerino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo non raggiunto. Il budget assegnato non è stato rispettato	10		0
							10		0
	1	Controllo del dolore da travaglio di parto	Monitoraggio dell'indicatore "percentuale di donne che hanno usufruito dell'analgia epidurale" verso "metodi naturali di contenimento del dolore" (dato di base per future valutazioni)		Completamento del corso FAD + parte in aula per tutto il personale infermieristico ed ostetrico afferente al dipartimento Evidenza di valutazione di una buona risposta al dolore attraverso scala di valutazione	Relazione Direttore SC Corso FAD concluso con test finale per il 100% operatori di Sala Parto- Sala Operatoria e personale degenza Ostetricia per un totale di 13 IP Monitorata % donne che hanno usufruito di analgesia peridurale Risultato= 106 travagli con analgesia peridurale - 402 travagli spontanei senza analgesia peridurale Dei 106 travagli nr.8 conclusi con	30		30



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Ginecologia ed Ostetricia
Direttore Dott. Gabriele Vallerino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance/Appropriatezza	2	1) Elaborazione e pubblicazione della Procedura Aziendale derivata dalla Raccomandazione Ministeriale n. 16. 2) Progettazione ed implementazione di un piano di formazione continua d'equipe dedicato alle complicanze gravi in sala parto: Distocia di Spalla, Emorragia Post Partum, Uso della ventosa (Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA)	rispetto della Procedura aziendale con valutazione attraverso audit interni 100% del personale afferente alla struttura ha partecipato agli incontri		1) Entro il 30/06/2017 pubblicazione sul sito aziendale della Procedura derivata dalla Raccomandazione Ministeriale n. 16. 2) Entro il 30/09/2017: evidenza di progettualità formativa che deve prevedere una attività pratica di simulazione d'equipe per ogni evento di concerto con SC Formazione Entro il 31/12/2017 almeno il 40% del personale coinvolto nelle attività di sala parto ha partecipato alla formazione Monitoraggio UGR sulla realizzazione della procedura	Relazione Direttore SC Procedura elaborata e pubblicata in Intranet, consultabile Formazione continua dedicata alle garvi complicità eseguita in due edizioni (9/11 e 11/12/2017) 100% personale ha partecipato con valutazione positiva Obiettivo raggiunto	30	☺	30
	3	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali	30	☺	30
							90		90
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		90



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Anestesia e Rianimazione
Dottore Mario Tavola dal 1/1 al 5/7/2017
Dottoressa Enrica Caviglia dal 6/7 al 31/12/2017

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo non raggiunto. Vedasi scheda Budget economico 2017	☹	0
								0
Performance / Appropriatazza	1	Progetto Interdipartimentale ed intraziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Radiologia per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	partecipazione al progetto per gli aspetti di competenza della struttura		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	Relazione Direttore SC Radiologia Villa Scassi (allegata agli atti) Obiettivo raggiunto	☺	20
	2	Elaborazione protocollo per la gestione del percorso del paziente critico di concerto con medicina di urgenza	evidenza protocollo		dal 1/7 applicazione percorso <i>Monitoraggio SC POU</i>	Relazione S.C. POU Allegati 0 e 3	☺	20
	3	Applicazione del PDTA sugli esami preoperatori	controlli a campione su cartelle		Verifica entro il 31 maggio e il 30 settembre effettuata da Direzione Infermieristica con coordinatrici dei reparti chirurgici	Relazione Direttore f.f. SC: presenza in cartella secondo indicazioni degli esami preoperatori Obiettivo raggiunto	☺	5
	4	Riduzione dell'uso degli antibiotici	riduzione mediana di giornate di profilassi e terapia		Profilassi chirurgica da una mediana di 3 gg a 2 gg Terapia empirica da una mediana di 8 gg a 5 gg Terapia mirata da una mediana di 13 gg a 10 gg <i>Elaborazione semestrale a cura della Struttura</i>	Relazione Direttore f.f. SC: riduzione delle giornate di profilassi è stato raggiunto così come un miglioramento si è registrato nella riduzione delle giornate di terapia empirica e mirata; purtroppo il passaggio dall'empirica alla mirata è condizionata dal mancato isolamento di agenti patogeni a fronte di un quadro clinico che non indica una riduzione della pressione terapeutica Obiettivo raggiunto	☺	20
	5	Progetto verbale sala operatoria	Sperimentazione nei blocchi operatori		Prima evidenza luglio 2017 Sperimentazione blocco operatorio di chirurgia generale e vascolare di Villa Scassi poi estesa a tutte le SS.CC. chirurgiche di Villa Scassi entro dicembre 2017 Successivamente alle altre SSS.CC. chirurgiche del P.O.U. <i>Monitoraggio SC POU</i>	Nota nr 59290496 del 04.04.2018 SC Direzione POU Obiettivo raggiunto	☺	20
	6	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <i>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</i>	Nota ID 60158878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/5 è stata inviata comunicazione formale del tema alla struttura. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verballi agli atti Obiettivo raggiunto	☺	10
								96
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								95



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Anestesia e Rianimazione
Dottore Mario Tavola dal 1/1 al 5/7/2017
Dottoressa Enrica Caviglia dal 6/7 al 31/12/2017

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Nota	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo non raggiunto. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☹	0
							5		0
Performance / Appropriatazza	1	Progetto verbale sala operatoria	Sperimentazione nei blocchi operatori		Prima evidenza luglio 2017 Sperimentazione blocco operatorio di chirurgia generale e vascolare di Villa Scassi poi estesa a tutte le SS.CC. chirurgiche di Villa Scassi entro dicembre 2017 Successivamente alle altre SSS.CC chirurgiche del P D U Monitoraggio SC POU	Nota nr 59290496 del 04.04.2018 SC Direzione POU Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	2	Implementazione ed applicazione delle procedure aziendali di "posizionamento e gestione del CVC per ridurre le infezioni locali e sistemiche"	Evidenza rilevazioni e statistica		Registrazione 100% dei pazienti (con evidenza patologia del paziente e durata della degenza), scheda medicazione, statistica eventuali infezioni Monitoraggio CIO	Nota nr 58296263 SC Direzione POU - CIO evidenza corretta gestione procedura e % pz trattati Obiettivo raggiunto	25	☺	25
	3	Elaborazione protocollo per la gestione del percorso del paziente critico di concerto con medicina di urgenza	evidenza protocollo		dal 1/7 applicazione percorso Monitoraggio SC POU	Obiettivo raggiunto. Relazione SC Direzione POU (Allegati 0 e 3)	15	☺	15
	4	Monitoraggio liste operatorie: coerenza tra lista e tempi di utilizzo della sala	Reportistica trimestrale di blocco operatorio		Elaborazione file di monitoraggio e prima rilevazione 10 aprile 2017 per 1° trimestre, 10 luglio per secondo trimestre, 10 ottobre per terzo trimestre, 10 gennaio per 4° trimestre e reportage anno	Obiettivo raggiunto Rendicontazione agli atti	15	☺	15
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste del "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota 10 60156678 del 31.05.2018 Resp UGR. In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti	20	☺	20
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							95		95



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Medicina d'Urgenza
Direttore Dottore Luca Beringheli




Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	😊	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	<i>Reparto Degenza Breve</i> Anno 2015 = 0,70 Proiez Anno 2016 = 0,61	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016 = 0,76 Anno 2017=0,82 Obiettivo raggiunto	5	😊	5
							10		10
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Raggiungimento Valori attesi di cui alle tabelle allegate		20	😊	17,5
	2	"Riduzione della degenza media nella SS Degenza Breve previa verifica delle criticità"	Evidenza di protocolli di gestione del paziente secondo i criteri della degenza breve, attraverso l'analisi di un campione rappresentativo del 2016		a far data dal 1/7 applicazione protocolli al fine di mantenere la DM non oltre le 48-72 ore, fino ad un massimo improcrastinabile di 96 ore.	Relazione Direttore SC POU in data 15/1/2018 nr 57707212 Email Direttore SC in data 5/7/2017: Indicazione dei problemi che concorrono al non ottenimento dell'obiettivo di budget "tempo di ricovero < 5 gg in degenza breve" Protocolli In considerazione delle problematiche evidenziate dai Direttori SC POU e SC Medicina d'Urgenza e della riduzione della DM da 8,17 del 2016 a 6,44 del 2017 l'obiettivo si intende raggiunto	30	😊	22,5
	3	Ottimizzazione percorso di presa in carico pazienti da SS CC. Medicina 1 Medicina 2	Evidenza percorso condiviso per patologie con Medicina 1 Medicina 2		Al 30/6 percorso per la presa in carico pazienti da parte di SC Medicina 1 Medicina 2 Dal 1/7 applicazione percorso Monitoraggio SC POU	OBV raggiunto Relazione SC Direzione POU (vedi allegato 2)	15	😊	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Medicina d'Urgenza
Direttore Dottore Luca Beringheli


Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
	4	Elaborazione protocollo per la gestione del percorso del paziente critico di concerto con medicina di urgenza	evidenza protocollo		dal 17 applicazione percorso <i>Monitoraggio SC POU</i>	OBV raggiunto Relazione SC Direzione POU (allegati 0 e 3)	15	☺	15
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10
							90		80

TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		90
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	-----	--	----

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

**S.C. Medicina d'Urgenza
Direttore Dottore Luca Beringheli**




Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 30 settembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
							5		5
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento appropriatezza nell'assegnazione codici Inage relativamente ai codici rossi	Riduzione % codici rossi secondo le indicazioni PNE		Riduzione % codici rossi secondo le indicazioni PNE Entro 30/6 corso FAD Entro 31/12 formulazione linee guida Monitoraggio SC POU	Verbale 16/02/2017 GORE Effettuato corso FAD e rilasciate linee guida	25	☺	25
	2	Implementazione ed applicazione delle procedure aziendali di "posizionamento e gestione del CVC per ridurre le infezioni locali e sistemiche"	Evidenza rilevazioni e statistica		Registrazione 100% dei pazienti, scheda medicazione, statistica eventuali infezioni Monitoraggio CIO	Nota nr 58296263 SC Direzione POU - CIO evidenza corretta gestione procedura e % pz trattati Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	3	Elaborazione protocollo per la gestione del percorso del paziente critico di concerto con medicina di urgenza	evidenza protocollo		dal 1/7 applicazione percorso Monitoraggio SC POU	OBV raggiunto Relazione SC Direzione POU (allegati 0 e 3)	10	☺	10
	4	Somministrazione vaccini antitetanici	Elaborazione protocollo per somministrazione vaccino/immunoglobuline		Entro 30/6 creazione protocollo per somministrazione vaccino/immunoglobuline, in collaborazione con il medico, registrando tutti i vaccini somministrati e dandone comunicazione ai distretti	Relazione Direttore SC Elaborato protocollo circa la gestione della immunoprofilassi per cui nel corso del 2017 sono stati somministrati mensilmente 20 dosi di vaccini le cui inoculazioni sono state trasmesse ai vari distretti	15	☺	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

**S.C. Medicina d'Urgenza
Direttore Dottore Luca Beringheli**

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 30 settembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def	
Performance/Adeguatezza	5	Applicazione in pronto soccorso del percorso relativo alla trombolisi	valutazione dei tempi di intervento dall'arrivo in triage		Entro 30/6 applicazione PDTA	Relazione Direttore SC Corretta applicazione protocollo Valutazione tempi da parte SC Neurologia	15	☺	15	
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10	
								95		95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100		100

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica

Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro

GP
GP

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	😊	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016 = 089 Anno 2017= 1,02 Obiettivo raggiunto	5	😊	5
						10		10
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		10	😐	8,75
	2	Polenziamento dell'attività ambulatoriale	Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2016	Ulteriore incremento 10% volume delle prestazioni rispetto Anno 2016	Anno 2016 = 23.007 Anno 2017= 23.065 Diff +65 prestazioni Obiettivo pz raggiunto	10	😐	7,5
	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P	Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (3 mesi)	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	15	😊	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance/Appropriatezza	4	Riduzione dell'uso degli antibiotici	Abolizione antibiotico terapia empirica nel paziente ustionato, non intubato	Riduzione del 10 % rispetto ad anno 2016	OBV raggiunto Relazione SC Direzione POU - CIO (allegato 10)	15	☺	15
	5	Corretta gestione innesto cutaneo e sito di prelievo Elaborazione percorso protetto sala operatoria/degenza/centro vulnologico	Applicazione scheda monitoraggio e percorso protetto al 100% pazienti	Al 30/6 elaborazione documento percorso protetto Implementazione scheda monitoraggio Al 31/10 applicazione scheda di monitoraggio e percorso al 100% pazienti	Relazione Direttore SC: è stata elaborata la Scheda di monitoraggio ed implementata nel luglio 2017 è si è predisposto un percorso protetto che prende in carico il paziente partendo dalla sala operatoria con la compilazione della scheda medicazione post intervento chirurgico, passando dalla degenza per arrivare al follow up presso il centro di assistenza. Sono stati predisposti protocolli di medicazione diversificati in base	20	☺	20
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio	Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro



Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance/Appropriatezza	7	Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast (per la parte di competenza) di concerto con componenti del core team del DMT: Chirurgia generale, Oncologia, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager	Evidenza dati per la verifica degli indicatori	Inserimento dati in rete a partire dall'anno 2017 <i>Verifica trimestrale SC Qualità</i>	Vedi email Relazione SC Direzione POU 19.03.2018 Verificato inserimento dei dati Relazione Direttore SC: in merito all' obiettivo assegnato riguardante l'inserimento dei dati per la verifica del programma QT Breast, sono stati inseriti da gennaio 2017 per tutto l'anno numero 41 pazienti per quanto riguarda le prestazioni eseguite dalla chirurgia plastica. Obiettivo raggiunto	10	☺	10
						90		86,25

TOTALE SCHEDA DI BUDGET						100		96,25
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	--	--------------

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro



Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
						5		5
Efficacia/Proprietà	1	Procedura aziendale "Gestione cateteri intravascolari e prevenzione infezioni correlate"	Nr pz con CVC in sito Tassi di infezione ematica associata a CVC x 1000 gg catelere	Compliance con indicazioni appropriate al posizionamento CVC Controlli random da parte CIO Monitoraggio SC Professioni Sanitarie	Nota nr 58298263 SC Direzione POU - CIO evidenza corretta gestione procedura e % pz trattati Obiettivo raggiunto	25	☺	25
	2	Potenziamento dell'attività ambulatoriale	Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2016	Incremento 10% volume delle prestazioni rispetto Anno 2016	Anno 2016 = 23.007 Anno 2017= 23.065 Diff +65 prestazioni Obiettivo pz raggiunto	10	☹	7,5
	3	Corretta gestione innesto cutaneo e sito di prelievo Elaborazione percorso protetto sala operatoria/degenza/centro vulnologico	Applicazione scheda monitoraggio e percorso protetto al 100% pazienti	Al 30/6 elaborazione documento percorso protetto Implementazione scheda monitoraggio Al 31/10 applicazione scheda di monitoraggio e percorso al 100% pazienti	Relazione Direttore SC: è stata elaborata la Scheda di monitoraggio ed implementata nel luglio 2017 e si è predisposto un percorso protetto che prende in carico il paziente partendo dalla sala operatoria con la compilazione della scheda medicazione post intervento	25	☺	25

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro



Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Perfor	4	Applicazione protocollo terapia antalgica per realizzare un'assistenza senza dolore nei diversi aspetti collegati alla mobilizzazione, medicazione e balneazione del paziente	Applicazione scala dolore pre e post balneazione	Applicazione scheda valutazione al 100% dei pazienti Monitoraggio SC POU	Relazione SC Direzione POU (Allegato 18) Protocollo attivato ed applicata scheda valutazione Obiettivo raggiunto	25	☺	25
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuale Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio	Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156678 del 31.05.2016 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno raddoppiato alla SS Gest Rischio	10	☺	10
						95		92,5
						100		97,5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Direttore Dottore Enrico Torre

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Nota	Punti Def
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo parzialmente raggiunto in considerazione dell'aumento di attività	10	☹️	7,5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,43 Proiez Anno 2016= 0,50	Miglioramento rapporto Anno 2016	Anno 2016=0,50 Anno 2017=0,52	5	😊	5
							16		12,5
Prestazioni/Adempimenti	1	Ambulatori di prevenzione piede diabetico (Fimara, Nervi e Colletta)	Nr pazienti valutati per anno	valutazione di oltre 500 pazienti e di oltre 160 (il 20% degli 800 previsti) valutazioni doppler	Ambulatori prevenzione piede: almeno 1100 pazienti valutati con almeno 200 valutazioni doppler	Relazione Direttore SC: oltre 1.400 pz valutati 211 doppler AAI effettuati tra Nervi e Fimara	20	😊	20
	2	Attivazione ambulatorio congiunto Diabeto-Nefrologia per pazienti con IRC cronica da effettuarsi presso pad 9 Scassi	Nr visite		Almeno 60 visite per il primo anno e questionario di gradimento con almeno 50% di valutazione positiva	Come da relazione Direttore SC Nefrologia agli atti - effettuata apertura ambulatorio congiunto diabeto-nefrologico, con più di 60 valutazioni effettuate, con > 80% valutazioni positive degli utenti	20	😊	20
	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (3 mesi)	Tempi attesa B tempi medi struttura al febbraio 2017: 4,9 gg Tempi attesa D tempi medi struttura al febbraio 2017: 13,1 gg Tempi attesa P tempi medi struttura al febbraio 2017: 31,4 gg	15	😊	15
	4	Prosecuzione dei contatti con San Marino Iat per collaborazione su assistenza diabetologica come da piano sottoposto nel 2016.	Attivazione piano	predisposto piano collaborazione con AOU San Marino entro il 30/8 e successivo incontro tra DG AOU San Marino e DG ASL3 per formalizzazione della proposte (ottobre 2016)	Entro 30/8 attivazione piano congiunto con San Marino IST	Entro tale data sono stati attivati contatti con la DS del Policlinico, redatti i documenti congiunti relativi al piano organizzativo, successivamente deliberati, attivata la procedura concorsuale volta alla acquisizione di una unità medica da assegnare in comando presso ASL3 a inizio attività. A gennaio 2017 l'attività ambulatoriale al PAD 7 è stata poi avviata come dal piano attivato prima dell'estate 2017, come da obiettivo di budget assegnato.	20	😊	20
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota ID 60156878 del 31.05.2016 Resp UGR In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alle SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbal ai atti Obiettivo raggiunto	10	😊	10

MA
 Z
 OR


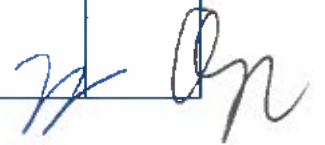
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Direttore Dottore Enrico Torre

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
							85		85
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		87,5

Handwritten signature in blue ink: M. Torre

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Responsabile Dottore Enrico Torre

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo parzialmente raggiunto in considerazione dell'aumento di attività	5	☹️	3,75
							5		3,75
Adeguatezza/Performance	1	Ambulatori di prevenzione piede diabetico (Fiumara, Nervi e Colletta)	Nr pazienti valutati per anno	valutazione di oltre 800 pazienti e di oltre 160 (il 20% degli 800 previsti) valutazioni doppler	Ambulatori prevenzione piede: almeno 1100 pazienti valutati con almeno 200 valutazioni doppler	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	20	😊	20
	2	Attivazione ambulatorio congiunto Diabeto-Nefrologico per pazienti con IRC cronica da effettuarsi presso pad 9 Scassi	Nr visite		Almeno 60 visite per il primo anno e questionario di gradimento con almeno 80% di valutazione positiva	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	20	😊	20
	3	Prosecuzione dei contatti con San Martino Ist per collaborazione su assistenza diabetologica come da piano sottoposto nel 2016.	Attivazione piano	<i>predisposto piano collaborazione con AOU San Martino entro il 30/5 e successivo incontro tra DG AOU San Martino e DG Asl3 per formalizzazione della proposta (ottobre 2016)</i>	Entro 30/6 attivazione piano congiunto con San Martino IST	Come da comunicazione pervenuta al CCD a mezzo mail agli atti l'obiettivo è da intendersi raggiunto.	20	😊	20
	5	Questionario sulla soddisfazione del paziente ambulatoriale	Nr questionari somministrati		Almeno l'80% di questionari somministrati sul totale delle visite da aprile a dicembre Monitoraggio SS Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	25	😊	25

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Responsabile Dottore Enrico Torre

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def	
	6	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di Incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10	
							95		95	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100		98,75



Handwritten signature in blue ink, likely of the responsible doctor Enrico Torre.

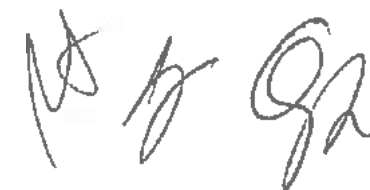
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti Dirigenza	Punti Comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5		😊	5	0
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,62 Anno 2016 proiez= 0,67	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno2016=1 Anno 2017=0,91 in considerazione dell'aumento dell'attività ospedaliera	5	5	😊	5	5
							10	5		10	5
Efficacia	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		30		😐	20	
	2	Raccolta sistematica al momento della dimissione, dei dati relativi alla fragilità dei pazienti ricoverati, alla loro complessità sotto il profilo motorio e delle autonomie e all'assorbimento di risorse fisioterapiche.	Compilazione di una scheda apposita per la raccolta dati		Compilazione 100% delle schede dei pazienti dimessi	Come da documentazione agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.		25	😊	0	25

Handwritten signatures in blue ink.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti Dirigenza	Punti Comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Approprita	3	Messa a Regime di PDTA Parkinson	Mappatura servizi 30/3 PDTA entro 31/8 N° paz seguiti		Mappatura dei servizi e degli interventi effettuati entro 30/3 Elaborazione di un Percorso ASL entro 31/8 Identificazione di una coorte di pazienti seguiti Monitoraggio esiti sui paz	Relazione Direttore SC Neurologia : progetto portato avanti da ALISA che dovrà portare a linee guida a valenza regionale. La S.C. neurologia ha collaborato a questo progetto e alla mappatura dei servizi che è stata inviata ad	15	20	☺	15	20
	4	Percorso integrato con la S.C. Neurologia per garantire la continuità assistenziale dei pazienti dimessi	evidenza dei percorsi individuati		dal 1 Giugno 2017 applicazione del percorso individuato	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti.	15	20	☺	15	20
	5	SDO Riabilitativa	% SDO con elementi riabilitativi / Tot SDO		Almeno il 90% delle SDO contiene elementi riabilitativi	Come da documentazione agli atti l'obiettivo è stato raggiunto (100% elementi riabilitativi da Marzo 2017).	10		☺	10	0
	6	Elaborazione PDTA per invio fratture di femore a Osp Colletta di concerto con RRF, Ass Geriatrica, Cure Intermedie e DMO	Evidenza PDTA		Entro 30/4 evidenza PDTA Da 1/5 attivazione	Vedi email Relazione SC Direzione POU 19.03.2018 Verificato inserimento dei dati OBV raggiunto	10		☺	10	0



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti Dirigenza	Punti Comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	7	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verballi agli atti Obiettivo raggiunto	10	10	☺	10	10
	8	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Entro 30/6 Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività		20	☺	0	20
							90	95		80	95

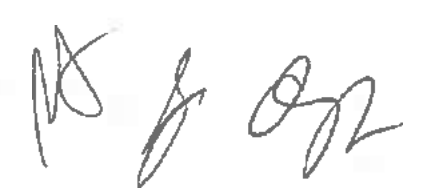
TOTALE SCHEDA DI BUDGET

100 100 90 100



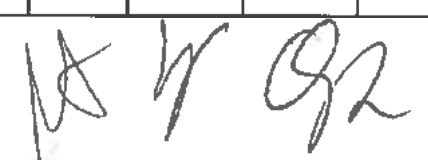
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale (Territoriale)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti Dirigenza	Punti Comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5		😊	5	0
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,62 Anno 2016 proiez= 0,67	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno2016=0,43 Anno2017=0,46	5	5	😊	3,75	3,75
								10	5		8,75
	1	Messa a Regime di PDTA Parkinson	Mappatura servizi 30/3 PDTA entro 31/8 N° paz seguiti		Mappatura dei servizi e degli interventi effettuati entro 30/3 Elaborazione di un Percorso ASL entro 31/8 Identificazione di una coorte di pazienti seguiti Monitoraggio esiti sui paz	Relazione Direttore SC Neurologia: progetto portato avanti da ALISA che dovrà portare a linee guida a valenza regionale. La S.C. neurologia ha collaborato a questo progetto e alla mappatura dei servizi che è stata inviata ad ALISA, progetto che è in fase di completamento. In attesa del PDTA Parkinson con le relative linee guida sono state fornite, in accordo con la S.C. RRF della Colletta, istruzioni di lavoro al fine di facilitare la continuità assistenziale dei pazienti nel passaggio dalla fase di degenza ospedaliera a quella ambulatoriale compresa quella riabilitativa Obiettivo raggiunto	25	20	😊	25	20
	2	Percorsi Integrali con la S.C. Neurologia per garantire la continuità assistenziale dei pazienti dimessi	evidenza dei percorsi individuali		dal 30 settembre 2017 applicazione dei percorsi individuali (almeno due)	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti.	25	15	😊	25	15



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale (Territoriale)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti Dirigenza	Punti Comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Approvatazza	3	Utilizzo di scale di valutazione condivise sulle principali patologie trattate (spalla, ginocchio e colonna vertebrale)	Compilazione scale di valutazione		Evidenza della compilazione tramite inserimento in cartella (80% dei pazienti trattati)	Relazione SC Professioni Sanitarie: dalle rilevazioni fatte dai coordinatori di riferimento su una campionatura di cartelle risulta che le scale di valutazione sono presenti nel 90% delle cartelle visionate. Obiettivo raggiunto		20	😊	0	20
	4	Utilizzo del protocollo prodotto nell'audit 2016 sul paziente con dolore cronico osteo-articolare	Evidenza in cartella di applicazione dello stesso (scala BPI e SF)		Incremento del turn over pazienti (monitoraggio e confronto con dato anno precedente)	Relazione SC Professioni Sanitarie: Protocollo sul dolore cronico: dalle valutazioni effettuate risulta applicato il protocollo (con presenza in cartella del BPI) nel 80% dei pazienti cronici. In relazione al turn over si evidenzia che nell'anno di riferimento (2017) in tutte le strutture si è verificato un incremento di pazienti in fascia B (identificabile in evento acuto) rispetto al paziente in fascia D e P (cronicità) Obiettivo pz raggiunto (mancano i dati di riferimento)	20	20	😐	15	15
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota ID 60155678 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbalì agli atti Obiettivo raggiunto	10	10	😊	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale (Territoriale)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti Dirigenza	Punti Comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
	6	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Selt Qualità <i>Monitoraggio Settore Qualità</i>	Come da comunicazione ricevuta dalla SC Professioni Sanitarie, l'obiettivo non è stato raggiunto.	10	10	☺	10	10	
							90	95		85	90	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100	100		93,75	93,75



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività riabilitativa per € 180.419. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,27 Anno 2016 proiezz= 0,34	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016=0,33 Anno2017=0,28	5	☹	3,75
							10		8,75
ZZZ	1	SDO Riabilitativa	% SDO con elementi riabilitativi / Tot SDO		Almeno il 90% delle SDO contiene elementi riabilitativi	Relazione Direttore SC: 100% SDO contiene elementi riabilitativi Obiettivo raggiunto	10	☺	10
	2	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		20	☹	14,38
	3	Implementazione del percorso di individuazione precoce delle patologie infiammatorie articolari	Nr accessi presso ambulatorio artriti esordienti	229 accessi	Ulteriore incremento 10% degli accessi rispetto Anno 2016	Relazione Direttore SC: *229 accessi amb 2016 260 accessi amb 2017 Obiettivo raggiunto	10	☺	10



SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Reumatologia

Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance/Appropriate	4	Prosecuzione progetto Fracture Unit - Pazienti con frattura di femore	Nr pazienti presi in carico	101 pazienti	Incremento 10% degli accessi rispetto Anno 2016	Relazione Direttore SC: 101 pz in carico 2016 113 pz in carico 2017 Obiettivo raggiunto	10	☺	10
	5	Attivazione ambulatorio dedicato a pazienti affetti da Vasculite Sistemica e da Sclerosi Sistemica	Nr pazienti presi in carico		Almeno nr 30 pazienti presi in carico	Relazione Direttore SC: 50 pz in carico 2017 Obiettivo raggiunto	10	☺	10
	6	Utilizzo farmaci biologi biosimilari: incremento di utilizzo dei biosimilari vs brand	incremento % biosimilari vs brand		incremento 50% farmaci biosimilari vs brand rispetto al 2016 Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera al 30/06/2017 ed al 31/12/2017	Relazione Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera-Attività intraprese per promuovere la riduzione dell'impiego di farmaci biologici Brand: "Per carenza di personale farmacista, nel secondo semestre 2017, non si è riusciti ad elaborare i report specifici per ciascun dipartimento e relative SC" obiettivo considerato raggiunto	10	☺	10
	7	Elaborazione PDTA per invio fratture di femore a Osp Colletta di concerto con Ortopedia, RRF, Ass Geriatrica, Cure Intermedie e DMO	Evidenza PDTA		Entro 30/4 evidenza PDTA Da 1/5 attivazione	Vedi email Relazione SC Direzione POU 19.03.2018 Verificato inserimento dei dati OBV raggiunto	10	☺	10

Handwritten signature: GB

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

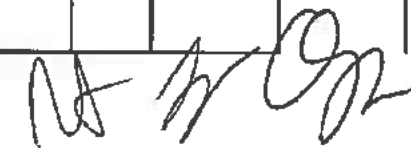
Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
	8	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10
							90		84,38

TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		93,13
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	-----	--	-------



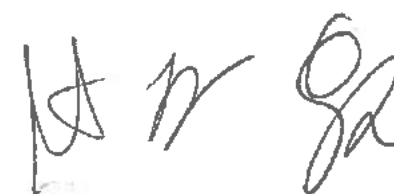
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività riabilitativa per € 180.419. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
							5		5
Performance / Appropriatazza	1	Evidenza di un PDTA nel campo della riabilitazione reumatologica	evidenza protocollo		dal 1/7 applicazione percorso Monitoraggio SC Professioni Sanitarie	Relazione Direttore SC: Attivato PDTA per pz affetti da sclerodermia Pz presi in carico nr 24 Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	2	Implementazione del percorso di individuazione precoce delle patologie infiammatorie articolari	Nr accessi presso ambulatorio artriti esordienti	229 accessi	Ulteriore incremento 10% degli accessi rispetto Anno 2016	Relazione Direttore SC: 229 accessi amb 2016 260 accessi amb 2017 Obiettivo raggiunto	15	☺	15
	3	Prosecuzione progetto Fracture Unit - Pazienti con frattura di femore	Nr pazienti presi in carico	101 pazienti	Incremento 10% degli accessi rispetto Anno 2016	Relazione Direttore SC: 101 pz in carico 2016 113 pz in carico 2017 Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	4	Attivazione ambulatorio dedicato a pazienti affetti da Vasculite Sistemica e da Sclerosi Sistemica	Nr pazienti presi in carico		Almeno nr 30 pazienti presi in carico	Relazione Direttore SC: 50 pz in carico 2017 Obiettivo raggiunto	15	☺	15



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60150876 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest mailto:SC_Professioni_Sanitarie, non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività	10	☺	10
	6	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità Monitoraggio Settore Qualità		15	☺	15
							95		95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Pneumologia
Direttore Dottore Claudio Simonassi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività degenziale per € 232.105. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,04 Proiez Anno 2016= 1,15	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016=1,19 Anno 2017=1,08	☹	3,75
								8,75
Qualità	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		☹	21,25
	2	Progetto interdipartimentale ed intraaziendale di collaborazione con Radiologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	Relazione Direttore SC Radiologia Villa Scassi (allegata agli atti) Obiettivo raggiunto	☺	15
	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (3 mesi)	Come da comunicazione del 4.6.2018 trasmessa al CCD agli atti l'obiettivo è stato pienamente raggiunto	☺	20

AS 12 012

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Pneumologia
Direttore Dottore Claudio Simonassi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Performance/Approv	4	implementazione PDTA sulla BPCO	N° pazienti ricoverati con BPCO, già presi in carico presso l'ambulatorio di pneumologia		riduzione ricoveri > 5% rispetto al 2016	Come da comunicazione del 4.6.2018 trasmessa al CCD agli atti l'obiettivo è stato pienamente raggiunto: 197 pz. dimessi con diagnosi di bpcO nel 2017 contro 217 pz. dimessi con diagnosi di bpcO nel 2016 (-20 casi dimessi)	☺	15
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <i>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbalì agli atti Obiettivo raggiunto	☺	10
								81,25

TOTALE SCHEMA DI BUDGET

90



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

S.C. Pneumologia

Direttore Dottore Claudio Simonassi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività degenziale per € 232.105. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
							5		5
	1	Presenza in carico del paz con BPCO	100% dimessi con BPCO		Segnalazione al Distretto di Riferimento di tutti i dimessi con BPCO	Come da comunicazione trasmessa al CCD agli atti il 100% dimessi BPCO è stato segnalato al DSS. Obiettivo raggiunto.	20	☺	20
	2	Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute	Nr pazienti seguiti a livello ambulatoriale		Almeno 1 intervento rivolto alla popolazione, finalizzato alla individuazione di condizioni di rischio anche individuali per le MCNT	E' stata individuata la BPCO come MCNT, anche in continuità con altri obiettivi riportati in scheda. Il 21 novembre 2017 è stato svolto un incontro con un numero ristretto (8 su un totale di 10 a cui era stato rivolto l'invito) di pazienti con diagnosi di BPCO a cui è rivolto un intervento di educazione sanitaria. Al termine dell'incontro è stato sottoposto un questionario di gradimento che è risultato positivo nel 100% dei partecipanti.	15	☺	15



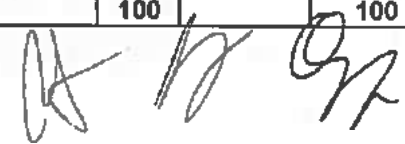
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

S.C. Pneumologia

Direttore Dottore Claudio Simonassi

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance	3	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	4	Progetto interdipartimentale ed interaziendale di collaborazione con Radiologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	Relazione Direttore SC Radiologia Villa Scassi (allegata agli atti) Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	5	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	20	☺	20
							95		95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		100
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	------------	--	------------

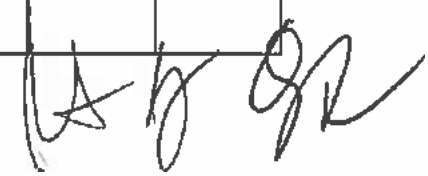


SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 - AREA DIRIGENZA

S.C. Nefrologia

Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco



Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività € 72.694. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015 = 0,85 Proiez Anno 2016 = 0,97	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016 = 1,01 Anno 2017 = 1,09 Obiettivo raggiunto	10	☺	10
							15		15
ad Approprietezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		20	☹	13,75
	2	Istituzione ambulatorio integrato di Nefrologia e Diabetologia Aumento offerta ambulatoriale in particolare nella fascia pomeridiana	nr accessi ambulatorio integrato elaborazione questionario "customer satisfaction"		nr 60 accessi ambulatorio integrato percentuale di pazienti soddisfatti >80% (sulla base del punteggio assegnato ad ogni risposta del questionario)	Relazione Direttore SC: effettuate nr 61 visite nefrologiche presso amb in oggetto Consegnato questionario che ha dato risp positive >80% Obiettivo raggiunto	10	☺	10
	3	Implementazione attività ambulatoriale terapia dialitica endocorporea (Dialisi peritoneale)	incremento prestazioni di training in regime ambulatoriale	Nr 40 prestazioni	Almeno nr 60 prestazioni di training in regime ambulatoriale (incremento 50% rispetto ad anno 2016)	Relazione Direttore SC: attività di addestramento pari a nr 113 prestazioni Obiettivo raggiunto	10	☺	10
	4	Protocollo di razionalizzazione esami ematochimici in pazienti affetti da IRC in trattamento emodialitico cronico	risparmio sulla spesa per esami routinari del pz in emodialisi	costo annuale per pz €1.099,12	Da marzo 2017 ridistribuzione esami Costo per pz Anno 2017 = € 708,28	Relazione Direttore SC: Il progetto ha portato un risparmio sulla spesa pari al 44% per anno obiettivo raggiunto	15	☺	15



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 - AREA DIRIGENZA

S.C. Nefrologia

Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance	5	Utilizzo farmaci biologi biosimilari: incremento di utilizzo dei biosimilari vs brand	numero piani compilati vs numero pz serviti in diretta		compilazione dei piani terapeutici riportanti farmaci biosimilari anche per quelli distribuiti in diretta	Relazione Direttore SC: Compilazione effettuata Dal 1/1 al 31/12 trattamento con farmaci biosimilari nr 99 pz (54,7%), 82 pz trattamento con farmaci brand (45,3%) Incremento trattamento con biosimilari dal 2016 al 2017 (da 34 a 99 pz) =247% Obiettivo raggiunto	20		20
			incremento % numero piani per biosimilari vs brand		incremento 80% numero piani per biosimilari vs brand al 30/06/2017 ed al 31/12/2017 <i>Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera al 30/06/2017 ed al 31/12/2017</i>				
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso	10		10
							85		78,75
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		93,75




SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 - AREA COMPARTO
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività € 72.694. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
							5		5
Performance/Appropriatezza	1	Razionalizzazione posti letto per acuti e implementazione attività ambulatoriale terapia dialitica endocorporea (Dialisi peritoneale)	incremento prestazioni di training in regime ambulatoriale	Nr 40 prestazioni	Almeno nr 60 prestazioni di training in regime ambulatoriale (incremento 50% rispetto ad anno 2016)	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti gli obiettivi sono stati raggiunti (61 visite e risposte positive >80%)	20	☺	20
	2	Nuova procedura gestione catetere centrale e fistole	Applicazione nuova procedura		da 1/4 applicazione procedura (in fase di pubblicazione)	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti.	25	☺	25
	3	Istituzione ambulatorio integrato di Nefrologia e Diabetologia Aumento offerta ambulatoriale in particolare nella fascia pomeridiana	nr accessi ambulatorio integrato elaborazione questionario "customer satisfaction"		nr 80 accessi ambulatorio integrato percentuale di pazienti soddisfatti >80% (sulla base del punteggio assegnato ad ogni risposta del questionario)	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	25	☺	25



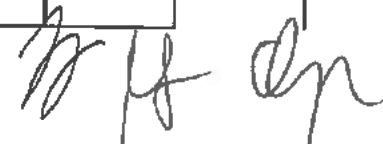
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 - AREA COMPARTO
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156576 del 31.05.2016 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro.	25	☺	25
							95		95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. FISICA SANITARIA
 Responsabile Dottorressa Nuccia Canevarollo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Nota	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Mantenimento		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo non raggiunto. Il budget assegnato non è stato rispettato	☹	3,75	3,75
								3,75	3,75
Adequazione/Proporzionalità	1	Realizzazione Corso misto FAD di aggiornamento sulla sicurezza in RM	Attivazione del Corso		Presentazione alla S.C. Formazione del progetto per riconoscimento crediti ECM e del materiale didattico Realizzazione di almeno due edizioni frontali di verifica finale del Corso misto FAD	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	10	10
	2	Valutazione biennale LDR nelle Radiologie e Medicina Nucleare e presentazione risultati in Audit interni	Audit		Effettuazione degli Audit tutte le Radiologie ASL3	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	10	10
	3	Sostituzione delle "Norme Interne di Radioprotezione" affisse nelle Zone Controllate con quelle aggiornate 2017	Numero di Zone Controllate interessate		Sostituzione "Norme Interne di Radioprotezione" in tutte le Zone Controllate sul totale	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	15	15
	4	Organizzazione e integrazione turni di controllo radiometrico biobox Villa Scassi	Segnalazione da parte degli organi di vigilanza di rilevamento radioattività non esente		Nessuna segnalazione	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	15	15



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. FISICA SANITARIA
Responsabile Dottorressa Nuccia Canevarollo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
Perform	5	Affissione delle " 10 Perle di Radioprotezione" ad integrazione delle norme interne di radioprotezione	Numero di apparecchi radiologici dotati delle indicazioni		Dotazione con le indicazioni su tutti gli apparecchi per scopia interessati	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	15	15	
	6	Presentazione in Audit delle analisi degli indicatori dosimetrici nelle immagini radiologiche	Numero Audit effettuati		Audit in tutte le radiologie della ASL3	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	15	15	
	7	Censimento delle apparecchiature e valutazione tecnica per dotazioni di software per la tracciabilità del dato dosimetrico	Indicatore di risultato: censimento delle apparecchiature al 30/06/2017, capitolato di acquisto al 31/12/2017		Risultato atteso : adeguamento a quanto previsto dalla Direttiva D.E. 59/2013	Come da relazione agli atti avviata bozza di capitolato - obiettivo pz raggiunto	☹	11,25	11,25	
								91,25	91,25	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									95	95



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. MEDICINA NUCLEARE
Responsabile Dott. Augusto Manzara

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti dirigenza	Punti comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedi scheda Budget economico 2017	10	10	😊	10	10
							10	10		10	10
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Raggiungimento Valori attesi di cui alle tabelle allegate	Obiettivo raggiunto - vedi tabella produzione	20	20	😊	20	20
	2	Percorso per comunicare le dose effettiva somministrata al paziente nel referto e verifica dose stimata dal software in uso rispetto agli LDR	Definizione percorso		Registrazione nel referto della dose effettiva di somministrazione	Relazione Direttore Struttura: Relazione Direttore SSD Fisica Sanitaria: non presente software - inviata bozza capitolo per acquisizione si considera obiettivo pz raggiunto	25	25	😊	18,75	18,75
	3	Progetto di ottimizzazione delle prestazioni di medicina nucleare dell'area metropolitana: identificazione di un percorso, definito da ALISA, da condividere con altro idoneo operatore di prestazioni diagnostiche, ai fini di una più proficua gestione delle macchine e del personale.	prima valutazione del progetto entro il 30 Giugno 2017		Da definire, in relazione al concretizzarsi di un percorso avallato da ALISA e dalla Direzione Generale Aziendale	Relazione Direttore Struttura: (Alla luce del nuovo piano Socio sanitario e della prevista creazione di DIAR in ambito regionale, siamo in attesa di direttive da ALISA) si considera obiettivo raggiunto	25	25	😊	25	25
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuale Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Relazione Direttore Struttura: (Non è stato possibile raccogliere dati, in quanto il Servizio di Medicina Nucleare non è stato riaperto nei tempi prestabiliti. Il tempo Audit è stato utilizzato per un approfondimento della direttiva 2013/59 Euratom e per la raccolta di proposte da attuare al momento della riapertura.) si considera	20	20	😊	20	20
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100	100		93,75	93,75



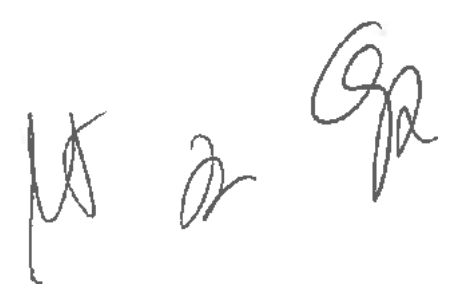
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Radiologia Territorio
Responsabile Dottoressa Cristina Odino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	😊	5	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015 = 0,93 Proiez Anno 2016 = 0,98	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno2016=0,94 Anno2017=1,00	😊	5	0
								10	5
Performance ed appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Raggiungimento Valori attesi di cui alle tabelle allegate	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	😊	20	20
	2	Rimodulazione ed implementazione nel 2017 del programma di screening mammografico aziendale in sinergia con il Dipartimento Immagini ed il Responsabile SSD Popolazione a rischio	% di refertazione entro 15 gg degli esami di I° livello eseguiti monitorato al 30/6/2017	75%-80%	incremento della % di referti entro 15 gg (target del 90% entro il 2017)	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	😊	10	10
	3	Accorpamento delle Sedi territoriali NERV/ RECCO con intercambiabilità del personale Medico dipendente e SUMAI e TSRM a garanzia del mantenimento della performance	monitoraggio mensile dell'attività		mantenimento della performance rispetto all'anno 2016	Come da relazione agli atti - obiettivo parzialmente raggiunto	😐	11,25	7,5
	4	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (entro 12 mesi a seconda del quesito diagnostico e dei protocolli raccomandati per prevenzione e/o follow up)	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	😊	15	15



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S.D. Radiologia Territorio
Responsabile Dottoressa Cristina Odino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
Performance ed appropriatezza	5	Ampliamento del nastro lavorativo h 12 due volte alla settimana presso le sedi di Nervi e Struppa per la Radiologia tradizionale	nr prestazioni eseguite		miglioramento dell'offerta oraria e riduzione dei tempi di attesa (l'aumento dell'offerta è deducibile dalle schede di produzione allegate)	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	20	20	
		Consolidamento dell'attività ecografica pomeridiana h. 10 quattro giorni alla settimana presso le sedi di Nervi e via XII Ottobre e due presso la sede di Struppa	nr prestazioni eseguite		miglioramento dell'offerta oraria e riduzione dei tempi di attesa (l'aumento dell'offerta è deducibile dalle schede di produzione allegate)	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto				
		Mantenimento di " Accesso diretto " per gli esami ecografici presso le Sedi di Nervi e via XII ottobre un giorno alla settimana (ed eventuale ampliamento alla sede di Struppa qualora la richiesta sia superiore all'offerta)	nr utenti in accesso diretto		miglioramento dell'offerta oraria e riduzione dei tempi di attesa (l'aumento dell'offerta è deducibile dalle schede di produzione allegate)	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto				
	8	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro. Obiettivo raggiunto	☺	10	20	
								86,25	92,5	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									96,25	97,5



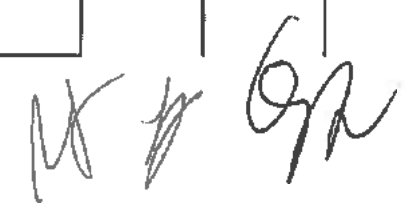
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino
Direttore f.f. Dott. Paolo Caserza

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Lo sfioramento del budget è dovuto a materiale di consumo per TAC (eseguite 370 in più rispetto il budget assegnato)	😊	5	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,84 Proiez Anno 2016= 0,96	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016=0,90 Anno 2017=0,93	😊	5	0
								10	5
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Raggiungimento Valori attesi di cui alle tabelle allegate	Relazione Direttore SC: la diminuzione dei valori attesi in alcune prestazioni (ETG-RMN) è determinata dall'assenza di personale medico impegnato in GA c/o Villa Scassi, malattia, L.104 Obiettivo pz raggiunto	😐	15	15
	2	Rotazione del Personale Medico competente tra le Sedi Villa Scassi e Micone per Attività diagnostica di RM e TC	n° di turni h 12 effettuati presso la Sede A. Micone		Almeno 2 turni settimanali h 12 Almeno 100 turni h12 a partire dal 15/3 a partire dall'espletamento del concorso	Relazione Direttore SC: Dal 1/6 realizzato a seguito espletamento concorso Obiettivo raggiunto	😊	15	0

Handwritten signature: M. Caserza

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino
Direttore f.f. Dott. Paolo Caserza

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (entro 12 mesi a seconda del quesito diagnostico e dei protocolli raccomandati per prevenzione e/o follow up)	Relazione Direttore SC: Rispettate classi B e D. Tempi di attesa max per le P entro 12 mesi a seconda del quesito diagnostico Obiettivo raggiunto	☺	15	15
	4	Obiettivo Dipartimentale per le strutture ospedaliere: Tempi di attesa per prestazioni per pazienti ricoverati	Individuazione prestazioni con evidenza tempo max di attesa per pz interni		Entro 30/4 individuazione tempi massimi di attesa: h.24 per RX e Ecografia h.48 TC h.72 RM salvo controindicazione all'indagine non dichiarate alla prenotazione Tempi di refertazione : Rx ed ETG referto immediato e conque non superiore a h.24 dall'esecuzione dell'indagine ; TC ed RM entro 48 ore dall'esecuzione Da 1/5 applicazione modello previsto	Relazione Direttore SC: h 24 per rx - ecografie h 48 per TC h 72 per RMN	☺	15	15
	5	Messa a disposizione di un tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati	Evidenza della esportazione del flusso mensile		Entro il 31 maggio , in accordo con SIA e CCD individuazione della procedura organizzativa finalizzata alla gestione delle informazioni relative all'attività rivolta ai pazienti interni Da 1/7 avvio monitoraggio	Relazione Direttore SC: Obiettivo raggiunto	☺	0	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino
Direttore f.f. Dott. Paolo Caserza

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
	6	Progetto di copertura turni di lavoro sabato/domenica	Presentazione progetto entro 30/6 progetto		Attivazione progetto entro 30/10/2017	Relazione Direttore SC: Mancata attivazione progetto per insufficiente numero di medici e TSRM indispensabili alla copertura dei turni in oggetto	☹	11,25	7,5	
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro. Obiettivo raggiunto	☺	10	25	
								81,25	87,5	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									91,25	92,5



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Radiologia Villa Scassi
Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Lo sfioramento del budget è dovuto a materiale di consumo per TAC + 1.889 e RNM + 663 eseguite rispetto il budget assegnato	☺	5	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,74 Proiez Anno 2016= 0,72	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno2016=0,78 Anno2017=0,68	☹	3,75	0
								8,75	5
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Raggiungimento Valori attesi di cui alle tabelle allegate	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	20	20
	2	Progetto interdipartimentale ed intraziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/11/2017		Formazione del personale coinvolto entro il 30/6/2018 ed attivazione entro il 30/12/ 2018 del PDTA	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	10	10
	3	Aggiornamento/Applicazione PDTA ictus ischemico con coinvolgimento SC Neurologia e Dipartimento Emergenza-Urgenza: attivazione del teleconsulto con Neuroradiologia Ospedale San Martino	nr esami neuro-angio TC eseguiti in urgenza		esecuzione del 98% degli esami richiesti entro i tempi i previsti a partire dall'attivazione del teleconsulto con San Martino	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	5	5



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Radiologia Villa Scassi
Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per la P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per la P (entro 12 mesi a seconda del quesito diagnostico e dei protocolli raccomandati per prevenzione e/o follow up)	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	😊	15	10
	4	Obiettivo Dipartimentale per le strutture ospedaliere: Tempi di attesa per prestazioni per pazienti ricoverati	Individuazione prestazioni con evidenza tempo max di attesa per pz interni		Entro 30/4 individuazione tempi massimi di attesa: h.24 per RX e Ecografia h.48 TC h.72 RM salvo controindicazione all'indagine non dichiarate alla prenotazione Tempi di refertazione: Rx ed ETG referto immediato e conque non superiore a h.24 dall'esecuzione dell'indagine; TC ed RM entro 48 ore dall'esecuzione Da 1/5 applicazione modello previsto	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	😊	10	10
	5	Messa a disposizione di un tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati	Evidenza della esportazione del flusso mensile		Entro il 31 maggio, in accordo con SIA e CCD individuazione della procedura organizzativa finalizzata alla gestione delle informazioni relative all'attività rivolta ai pazienti interni Da 1/7 avvio monitoraggio	Relazione Dir SC: entro il 31 maggio, in accordo con SIA e CCD individuazione della procedura organizzativa finalizzata alla gestione delle informazioni relative all'attività rivolta a pazienti interni Dal 1 luglio avvio monitoraggio Dati presenti in polaris Obiettivi raggiunti	😊	0	10
	6	Realizzazione del progetto di apertura dell'attività di screening mammario di primo livello sul Centro Hub di Fiumara h12 dal lunedì al venerdì a partire dal 1 febbraio 2017	numero degli esami eseguiti nel centro Hub offerta nr mammografie screening		aumento offerta nr mammografie nella sede specifica	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	😊	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Radiologia Villa Scassi
Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
Performance/Appropriatazza	7	Progetto di trasferimento della MOC presso la Radiologia Fiumara con implementazione degli esami	Nr prestazioni eseguite		incremento della performance rispetto al 2016 superiore al 50%	Come da relazione agli atti - obiettivo raggiunto	☺	10	10	
	8	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60158876 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione	☺	10	10	
								90	95	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									98,75	100



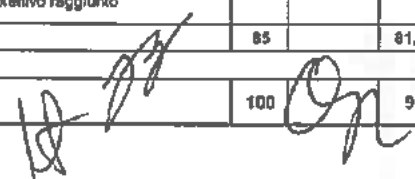
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi
Direttore Dottore Paolo Rubartelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Nota	Punti Def
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedi scheda Budget economico 2017	10	😊	10
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,09 Prez Anno 2016 = 1,09	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016= 1,17 Anno 2017= 1,13 Per il Dip Cardiologia in area ospedaliera si è verificata una sensibile riduzione dell'attività di ricovero; nel contempo non è stato possibile recuperare attraverso l'attività amb per l'appropriata prescrizione imposta ai MMG	5	😐	3,75
								15	
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		30		26,25
	2	Pazienti con infarto miocardico con soprassollamento (STEMI) trattati con angioplastica entro 48 ore	% paz trattati		> 80%	Relazione Direttore SC Pazienti con infarto miocardico con soprassollamento (STEMI) trattati con angioplastica entro 48 ore: 170/173 = 98% Obiettivo raggiunto	15	😊	15
		Pazienti con infarto miocardico senza soprassollamento (NSTEMI) trattati con angioplastica entro 48 ore	% paz trattati		per Villa Scassi = > 35%	Relazione Direttore SC: Pazienti con infarto miocardico senza soprassollamento (NSTEMI) trattati con angioplastica entro 48 ore: 143/275 = 52%			
		Mantenimento di adeguati tempi di trattamento nell'infarto miocardico con soprassollamento (STEMI)	% pz con diagnosi ecg trattati entro 60 minuti door to balloon		Mantenimento/incremento	Relazione Direttore SC: % pz con diagnosi ecg preospedaliero trattati entro 60 minuti door to balloon: 97/105 = 92%			
	3	Utilizzo di uno score prognostico - in particolare lo score GRACE - per la indicazione ed il timing di invio a esame coronarografico presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Villa Scassi dei pazienti con infarto non STEMI ricoverati presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Padre Anferio Micone	100% delle coronarografie eseguite in pz provenienti da S.C. Cardiologia-UTIC Micone devono avere lo Score GRACE		- applicazione dello Score GRACE nell'80% dei pazienti ricoverati con infarto Non STEMI presso S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Padre Anferio Micone (lo score non è clinicamente applicabile in parte dei pazienti) - effettiva esecuzione di esame coronarografico presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Villa Scassi	Relazione Direttore SC Il 100% delle coronarografie eseguite in pz provenienti da S.C. Cardiologia-UTIC Micone avevano lo Score GRACE	15	😊	15
4	Organizzazione di agende della Specialistica Ambulatoriale Cardiologica specificamente dedicate al follow-up dei pazienti affetti da fibrillazione atriale precedentemente ricoverati o seguiti presso le strutture complesse del Dipartimento di Cardiologia.	Elaborazione di un PDTA del paziente con fibrillazione atriale in ambito aziendale attivazione di agenda della Specialistica Ambulatoriale Cardiologica specificamente dedicate a pazienti con fibrillazione atriale inviati dalle strutture cardiologiche del Dipartimento di Cardiologia		A far data del 1 Luglio 2017 applicazione del PDTA	Obiettivo raggiunto (vedi Email Direttore Dip -allegati agli atti)	15	😊	15	
5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema proposto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2016 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbal agli atti Obiettivo raggiunto	10	😊	10	
							85		81,25

TOTALE SCHEDA DI BUDGET

100

95



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi
Direttore Dottore Paolo Rubartelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Per scheda allegata con riferimento Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCO	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	10	☺	10
							10		10
Performance/Appropriatezza	1	Applicazione del PDTA Scompenso Cardiaco dei pazienti degenti nelle cardiologie e nelle medicine dei due presidi (Villa Scassi, Micone)	n° dei pazienti con prima diagnosi di dimissione di Scompenso Cardiaco arruolati nel PDTA		Elaborazione progetto ad hoc entro il 30 maggio 2017. Entro il mese di luglio saranno individuati gli infermieri di continuità assistenziale affidamento dei pazienti all'infermiere di continuità assistenziale per l'organizzazione del percorso territoriale dei pz.	Relazione SC - Allegati agli atti progetto, individuazione personale e nr pazienti arruolati Obiettivo raggiunto	40	☺	40
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2016 Resp UGR: In data 28/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso	30	☺	30
	3	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	20	☺	20
							90		90
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio
Direttore Dottore Stefano Domenicucci

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Vedasi scheda di budget economico con relazione Direttore S.C.	10	😊	10
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,77 Proiez Anno 2016= 0,77	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016= 0,82 Anno 2017= 0,89 Per il Dip Cardiologia in area ospedaliera si è verificata una sensibile riduzione dell'attività di ricovero, nel contempo è aumentata attività ambulatoriale	5	😊	5
							15		15
Performance/Adeguatezza	1	Migliorare la governance della Specialistica Ambulatoriale	salurazione superiore all'80% delle agende ARP (Agenda riservata reparto)		saturazione del 90% delle agende ARP per test da sforzo ed ECG dinamico secondo Holter della S.C. Cardiologia-UTIC e Territorio	Obiettivo Raggiunto (vedi Relazione Direttore SC Cure Primarie - nota prot 34050 del 12.03.2016)	15	😊	15
			% prestazioni con classe di priorità B (con esclusione 2ª visite) garantite entro 10 giorni dalla prenotazione		Almeno il 90% delle prestazioni garantite entro 10 giorni	Relazione Direttore SC prenotabilità ed erogazione delle prestazioni entro 10 gg in oltre il 90% dei casi			
	2	Continuità assistenziale del paziente sottoposto a procedura invasiva aritmologica: identificazione precoce di eventuali complicazioni attraverso appropriata presa in carico	- presenza data appuntamento sulla lettera di dimissione: 90% - effettuazione della visita a 7/10 giorni per il 90% dei casi		Almeno il 90% delle lettere di dimissione del campione con data appuntamento Effettuazione visita tra 7 e 10 giorni	Email Direttore SC Cardiologia in data 23.08.2017 - per tutti i pz sottoposti a procedura sono presenti: Indicazione in ogni lettera di dimissione data e sede controllo Indicazione in cartella di esito di visita di controllo Obiettivo raggiunto	10	😊	10
	3	Utilizzo di uno score prognostico - in particolare lo score GRACE - per la indicazione ed il timing di invio a esame coronarografico presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Villa Scassi dei pazienti con infarto non STEMI ricoverati presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Padre Antero Micone (Global Registry of Acute Coronary Events)	100% delle coronarografie eseguite in pz inviati da S.C. Cardiologia-UTIC Micone a S.C. Cardiologia-UTIC Villa Scassi devono avere lo Score GRACE		-applicazione dello Score GRACE nell'80% dei pazienti ricoverati con infarto Non STEMI presso S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Padre Antero Micone (lo score non è clinicamente applicabile in parte dei pazienti) -effettiva esecuzione di esame coronarografico presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Villa Scassi	Relazione Direttore SC lo Score GRACE è stato eseguito per il 100% dei pz Obiettivo raggiunto	15	😊	15
	4	Organizzazione di agende della Specialistica Ambulatoriale Cardiologica specificamente dedicate al follow-up dei pazienti affetti da fibrillazione atriale precedentemente ricoverati o seguiti presso le strutture complesse del Dipartimento di Cardiologia	Elaborazione di un PDTA del paziente con fibrillazione atriale in ambito aziendale attivazione di agende della Specialistica Ambulatoriale Cardiologica specificamente dedicate a pazienti con fibrillazione atriale inviati dalle strutture cardiologiche del Dipartimento di Cardiologia		A far data del 1 Luglio 2017 applicazione del PDTA	Obiettivo raggiunto (vedi Email Direttore SC - allegati agli atti)	10	😊	10
5	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata			30		24,38

Stefano Domenicucci
UTIC

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio
Direttore Dottore Stefano Domenicucci

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
	8	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbal agli atti Obiettivo raggiunto	5	☺	5
							85		79,38
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		94



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio
Direttore Dottore Stefano Domenicucci

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalle strutture a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Vedasi scheda di budget economica con relazione Direttore S.C.	10	☺	10
							10		10
Performance/Adeguamento	1	Applicazione del PDTA Scompenso Cardiaco dei pazienti degenti nella cardiologia e nella medicina dei due presidi (Villa Scassi, Micone)	n° dei pazienti con prima diagnosi di distensione di Scompenso Cardiaco annuali nel PDTA		Elaborazione progetto ad hoc entro il 30 maggio 2017. Entro il mese di luglio saranno individuati gli infermieri di continuità assistenziale affidamento dei pazienti all'infermiere di continuità assistenziale per l'organizzazione del percorso territoriale dei pz.	Relazione SC - Allegati agli atti progetto, individuazione personale e nr pazienti arruolati Obiettivo raggiunto	40	☺	40
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota di convocazione del 31.05.2018 Resp UGR: In data 28/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro.	30	☺	30
	3	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Seti Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali. L'obiettivo si intende raggiunto	20	☺	20
							90		90
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano
Direttore Dott. Piero Clavario

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Del
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Aumento costo farmaci determinato da terapia antibiotica prescritta da infettivologi San Martino per pz con endocardite batterica	😊	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,11 Prevez Anno 2016= 1,07	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016= 1,13 Anno 2017= 0,90 Per il Dip Cardiologia in area ospedaliera si è verificata una sensibile riduzione dell'attività di ricovero; nel contempo non è stato possibile recuperare attraverso attività amb per l'appropriatezza prescrittiva imposta ai MMG	😊	7,5
								12,5
Appropriatezza	1	Proposta di prosecuzione dell'attività riabilitativa a Fiumara dei pazienti ASL 3 ricoverati per riabilitazione cardiologica dipendente presso la Colletta	Almeno il 5% di pz di pertinenza ASL 3 inseriti nel programma ambulatoriale		Entro il 31/12 almeno il 5% di pz di pertinenza ASL 3 inseriti nel programma ambulatoriale (nr 15 pazienti)	Relazione Responsabile SSD: Nel corso del 2017 hanno proseguito ambulatorialmente la riabilitazione 31 pazienti pari al 12% dei ricoverati residenti nel territorio di ASL 3 (richiesto almeno il 5%). Relazione SC Direzione POU (vedi allegata B) Obiettivo raggiunto	😊	20
	2	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata			25,25
	3	Gestione del dolore nei pazienti cardiooperati	Elaborazione scheda		Elaborazione di apposita scheda per la rilevazione del dolore compilazione della scheda da parte del medico che apre in ricovero 100% delle schede compilate	Relazione Responsabile SSD: E' stata elaborata una scheda specifica per la rilevazione del dolore da parte del medico che effettua il ricovero ed è stata inserita strutturalmente nel modello di cartella clinica Compilazione nel 100% dei ricoveri	😊	15



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano
Direttore Dott. Piero Clavario



Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Del
Performance	4	Prosecuzione progetto dimissioni protette con contatto telefonico diretto con MMG curante o con appuntamento presso ambulatorio territoriale specialistico	Incremento % pazienti con dimissione protetta		100% pazienti con EF<35% 50% pazienti se residenti ASL 3 Monitoraggio SC POU	Relazione Responsabile SSD: Nel corso del 2017 sono stati dimessi ordinariamente 11 pazienti con EF < 35% il 100% (richiesto 100%) dei quali con dimissione protetta presso un centro dello scorporo, le dimissioni protette verso MMG o altri ambulatori specialistici sono state 164 su 257 pari al 63,8% (richiesto almeno il 50%) OBV raggiunto (Vedi)	☺	10
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60158878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno reso conto alle SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	☺	10
								81,28
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								83,78



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano
Direttore Dott. Piero Clavario**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Aumento costo farmaci determinato da terapia antibiotica prescritta da infettivologi San Martino per pz con endocardite batterica	☺	10
								10
	1	La gestione delle medicazioni di drenaggio toracico	Formazione del personale Elaborazione di Istruzione Operativa Riduzione del n° di medicazioni	Effettuate 2500 medicazioni su drenaggi toracici	100% personale formato Entro 30/6 Istruzione operativa Riduzione del 5% delle medicazioni	Relazione Responsabile SSD (email): Nel corso del 2017 in seguito all'introduzione della nuova istruzione operativa sono state effettuate 2309 medicazioni rispetto alle 2603 del 2016 (riduzione - 11% richiesto almeno -5%) Obiettivo raggiunto	☺	20
	2	Progetto dimissione protetta con prosecuzione trattamento sul territorio presso ambulatori infermieristici	Incremento % pazienti con dimissione protetta		100% dei casi con indicazione - evidenza in documentazione sanitaria dell'indicazione all'appuntamento Monitoraggio SC POU	Obiettivo raggiunto (Vedi email SC Direzione POU allegato 9) Relazione Responsabile SSD: Nel corso del 2017 sono state effettuate 42 dimissioni protette verso ambulatori infermieristici territoriali (100% di quelle indicate) di cui 34 su Ambulatori veri e propri e 8 con attivazione dei servizi infermieristici domiciliari.	☺	10
	3	Promozione della cultura della Best Practice	Effettuazione della valutazione fisioterapica nel corso della stessa giornata di ricovero o nel corso delle 24 h dall'ingresso del paziente (per personale fisioterapista) % valutazioni fisioterapiche		Almeno il 60% valutazioni fisioterapiche nella giornata di ricovero almeno l'80% valutazioni fisioterapiche nelle prime 24 h dall'ingresso Monitoraggio SC Professioni Sanitarie	Obiettivo raggiunto (Vedi email SC Referente Professioni Sanitarie Area Riabilitazione) 556 ricoveri 521 hanno avuto la valutazione il giorno dell'ingresso (93%) 35 entro le 24 ore (100%)	☺	25

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano
Direttore Dott. Piero Clavario**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto		25
	5	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <i>Monitoraggio Settore Qualità</i>	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto		10
								90

TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	------------



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Medicina Interna 1

Direttore Dott. Gianmaria Zavarise

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CGD	Obiettivo non raggiunto. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☹	0
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Proiez Anno 2016 = 1,04	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CGD	Ricavi costi 2016= 1,02 Ricavi costi 2017= 1,01	5	☺	5
							10		5
Performance/Appropriatazza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata. Il valore sarà dato dal punteggio raggiunto sulle due sedi /2		30	☺	25,31
	2	Ottimizzazione percorso di presa in carico pazienti da SC Medicina d'Urgenza	Evidenza percorso condiviso per patologie con SC Medicina d'urgenza		Al 30/6 percorso per la presa in carico pazienti da SC Medicina d'urgenza Dal 1/7 applicazione percorso Monitoraggio SC POU	Come da comunicazione ricevuta a mezzo mail dalla S.C. POU agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	☺	10
	3	Individuazione della tipologia di pazienti oncologici per i quali si rende necessario, per motivi diagnostici/terapeutici, il ricorso al ricovero ordinario	Evidenza di un protocollo condiviso con le SSD oncologia aziendali per la gestione dei percorsi dei pazienti con il coinvolgimento delle Cure Intermedie		Al 30/6 evidenza del protocollo. Al 1/7 applicazione dei percorsi	Al del 24.25.2018 inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	☺	10
	4	Aumento offerta per colonoscopia	Offerta prestazioni colonoscopia Anno 2016 vs 2017		Da 1/4 incremento di almeno 400 colonoscopie rispetto ad offerta anno 2016 ,subordinatamente alla ammissione in servizio di nr 1 gastroenterologo Monitoraggio SC Direzione POU	Come da comunicazione ricevuta a mezzo mail dalla S.C. POU agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	☺	10
	5	Sperimentazione modelli organizzativi assistenziali: Il case management nelle SS.CC Medicina	migliorare la qualità assistenziale attraverso : introduzione del case management inserimento del briefing tra professionisti		entro il 30 Aprile avvio del case management entro il 31 maggio consolidamento dell'utilizzo del briefing come strumento di lavoro	Come da comunicazione Prot.n.59388658 del 10.4.2018 l'obiettivo è stato raggiunto.	10	☺	10

Handwritten signatures and initials:
 [Signature] [Signature] [Signature]

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Medicina Interna 1

Direttore Dott. Gianmaria Zavarise





Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def	
	6	Percorso nei pazienti fragili eleggibili di dimissione protetta e continuità assistenziale.	segnalazione appropriata dei pazienti fragili eleggibili per la prosecuzione delle cure in setting riabilitativo e cure domiciliari con attivazione dei servizi territoriali. Entro le 24 ore successive al ricovero segnalazione all'UVO per la residenzialità e 7 giorni prima della dimissione per le cure domiciliari		riduzione dei tempi medi di degenza nel rispetto dei range definiti per pazienti con fragilità che necessitano di percorsi nella rete	Come da comunicazione ricevuta a mezzo mail agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	10	😊	10	
Performance/Appropriatezza	7	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <i>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	😊	10	
							90		85,31	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100		90,31



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

S.C. Medicina Interna 1

Direttore Dott. Gianmaria Zavarise

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo non raggiunto. Vedasi scheda Budget economico 2017	5		0
							5		0
Performance/Appropriatezza	1	Applicazione del PDTA Scopenso Cardiaco dei pazienti degenti nelle cardiologie e nelle medicine dei due presidi (Villa Scassi, Micone)	n° dei pazienti con prima diagnosi di dimissione di Scopenso Cardiaco arruolati nel PDTA		Elaborazione progetto ad hoc entro il 30 maggio 2017. Entro il mese di luglio saranno individuati gli infermieri di continuità assistenziale affidamento dei pazienti all'infermiere di continuità assistenziale per l'organizzazione del percorso territoriale dei pz.	Relazione SC - Allegati agli atti progetto, individuazione personale e nr pazienti arruolati Obiettivo raggiunto	20		20
	2	Implementazione Nuovo modello organizzativo della nella Sc Medicina Interna	Utilizzo della documentazione clinica integrata - Realizzazione del briefing		Entro 30/6 Formazione Evidenza di briefing	Relazione SC Professioni Sanitarie: nelle SS.CC. Medicina generale dell'Ospedale Villa Scassi, si è giunti al consolidamento del modello organizzativo con la definizione dei processi e l'adozione degli strumenti necessari al suo funzionamento attraverso strumenti per la determinazione della complessità del paziente (assistenziale e clinica) Obiettivo raggiunto	25		25
	3	Dimissione Protette	Attivazione LVO: per Residenza entro 24 ore dall'ingresso per paz fragili Per CD 7 gg prima delle Dimissioni		Identificazione paz fragile Diminuzione gg degenza	Come da nota ID n. 60050342 del 24.5.2018 inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	25		25

AS *Z* *GM*

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Medicina Interna 1

Direttore Dott. Gianmaria Zavarise

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def	
	4	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Seti Qualità <i>Monitoraggio Settore Qualità</i>	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali	15	☺	15	
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <i>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	
							95		95	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100		95



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Medicina Interna 2
Direttore Dott.ssa Annamaria Gatti

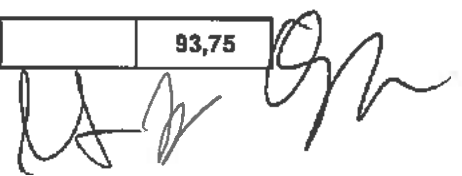
Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Ricavi costi 2016= 1,02 Ricavi costi 2017= 1,01	5	☺	5
						10		10
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata. Il valore sarà dato dal punteggio raggiunto sulle due sedi /2		30	☹	23,75
	2	Ottimizzazione percorso di presa in carico pazienti da SC Medicina d'Urgenza	Evidenza percorso condiviso per patologie con SC Medicina d'urgenza	Al 30/6 percorso per la presa in carico pazienti da SC Medicina d'urgenza Dal 1/7 applicazione percorso Monitoraggio SC POU	OBV raggiunto Relazione SC Direzione POU (vedi allegato)	15	☺	15

Handwritten signature in blue ink

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Medicina Interna 2
Direttore Dott.ssa Annamaria Gatti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance/Appropriatezza	3	Sviluppo di un percorso integrato medico- geriatrico- ortopedico- riabilitativo aziendale	Migliorare la presa in carico del paziente dalla fase di acuzie al reinserimento a domicilio/struttura	entro il 31 Maggio 2017 elaborazione del progetto e costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare (Medicina 2, RRF , Geriatria, Ortopedia,Professioni sanitarie) Entro il 30 /11 applicazione del percorso Monitoraggio SC POU	Relazione Direttore SC e SC POU: elaborato progetto assistenziale-riabilitativo, attivo dal giugno 2017 - monitorato dal POU Obiettivo raggiunto	25	☺	25
	4	Sperimentazione modelli organizzativi assistenziali: Il case management nelle SS.CC Medicina	migliorare la qualità assistenziale attraverso : introduzione del case management inserimento del briefing tra professionisti	entro il 30 Aprile avvio del case management entro il 31 maggio consolidamento dell'utilizzo del briefing come strumento di lavoro	Come da comunicazione Prot.n.59388658 del 10.4.2018 l'obiettivo è stato raggiunto.	10	☺	10
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento	Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti	10	☺	10
						90		83,75

TOTALE SCHEDA DI BUDGET						100		93,75
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	--	--------------

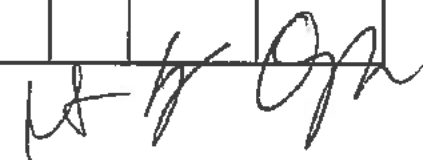


SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

S.C. Medicina Interna 2

Direttore Dott.ssa Annamaria Gatti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
							5		5
ce/Appropriatezza	1	Applicazione del PDTA Scompenso Cardiaco dei pazienti degenti nelle cardiologie e nelle medicine dei due presidi (Villa Scassi, Micone)	n° dei pazienti con prima diagnosi di dimissione di Scompenso Cardiaco arruolati nel PDTA		Elaborazione progetto ad hoc entro il 30 maggio 2017. Entro il mese di luglio saranno individuati gli infermieri di continuità assistenziale affidamento dei pazienti all'infermiere di continuità assistenziale per l'organizzazione del percorso territoriale dei pz.	Relazione SC - Allegati agli atti progetto, individuazione personale e nr pazienti arruolati Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	2	Implementazione Nuovo modello organizzativo della nella Sc Medicina Interna	Utilizzo della documentazione clinica integrata - Realizzazione del briefing		Entro 30/6 Formazione Evidenza di briefing	Relazione SC Professioni Sanitarie: nelle SS.CC. Medicina generale dell'Ospedale Villa Scassi, si è giunti al consolidamento del modello organizzativo con la definizione dei processi e l'adozione degli strumenti necessari al suo funzionamento attraverso strumenti per la determinazione della complessità del paziente (assistenziale e clinica) Obiettivo raggiunto	25	☺	25



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Medicina Interna 2
Direttore Dott.ssa Annamaria Gatti

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def	
Performan	3	Dimissione Prolette	Attivazione UVO: per Residenzialità entro 24 ore dall'ingresso per paz fragili Per CD 7 gg prima delle Dimissioni		Identificazione paz fragile Diminuzione gg degenza	Relazione Direttore SC: l'attivazione dell'UVO entro le 24 h e' stata effettuata nel 70% dei casi , mentre l'attivazione delle cure domiciliari almeno 7 gg prima della dimissione in bassa percentuale (25	☹	18,75	
	4	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <i>Monitoraggio Settore Qualità</i>	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	15	☺	15	
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <i>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	
							95		88,75	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100		93,75

Handwritten signature

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Dottore Manlio Mencoboni

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,62 Proiez Anno 2016= 0,61	Miglioramento del rapporto Anno 2015 Report CCD	Rapporto 2016= 0,60 Rapporto 2016= 0,66	☺	10
								15
Adeguamento/Proporzionalità	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		☹	16,25
	2	Gestione del paziente oncologico per il quale si rende necessario, per motivi diagnostici/terapeutici, il ricorso al ricovero ordinario (previa verific trimestrale dell'impatto sulla Struttura)	Evidenza di un protocollo condiviso con la SC Medicina 1 per la gestione dei percorsi dei pazienti		Dal 1/7 applicazione dei percorsi	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	☺	15
	3	Istituzione DMT in ordine alla gestione del paziente uro oncologico di concerto con SC Urologia	Formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo Discussione casi		Entro 30/6 formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo da luglio 2017 discussione e condivisione secondo logica DMT sul 100% dei pz pervenuti alla struttura	Come da nota ldn.60050342 del 24.5.2018 agli atti l'obiettivo è stato pienamente raggiunto.	☺	10

[Handwritten signatures and initials]

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Dottore Manlio Mencoboni

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Performance	4	Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast (per la parte di competenza) di concerto con componenti del core team del DMT: Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager	Evidenza dati per la verifica degli indicatori		Inserimento dati in rete a partire dall'anno 2017 <i>Verifica trimestrale SC Qualità</i>	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	5
	5	Utilizzo farmaci biologi biosimilari: incremento di utilizzo dei biosimilari vs brand	numero piani compilati vs numero pz serviti in diretta		compilazione dei piani terapeutici riportanti farmaci biosimilari anche per quelli distribuiti in diretta	Relazione Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera_Activita' intraprese per promuovere la riduzione dell' impiego di farmaci biologici Brand: "Per carenza di personale farmacista, nel secondo semestre 2017, non si è riusciti ad elaborare i report specifici per ciascun dipartimento e relative SC" obiettivo considerato raggiunto	☺	10
incremento % numero piani per biosimilari vs brand				incremento 80% numero piani per biosimilari vs brand al 30/06/2017 ed al 31/12/2017 <i>Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera al 30/06/2017 ed al 31/12/2017</i>				
Appropriatezza	6	Progetto interdipartimentale ed intraziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed allivazione entro il 2018 del PDTA	Relazione Direttore SC Radiologia Villa Scassi (allegata agli atti) Obiettivo raggiunto	☺	15





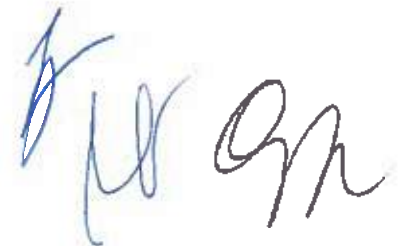
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Dottore Manlio Mencoboni

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def	
Performance/	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro		10	
								81,25	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									96,25

Handwritten signatures in blue ink.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Dottore Manlio Mencoboni

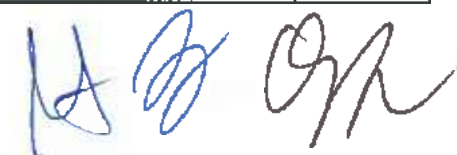
Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017		5
								5
Qualità	1	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Setl Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto		30



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Dottore Manlio Mencoboni

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Performance/Appropriatezza	3	Elaborazione progetto per la valutazione della "fatigue" come effetto collaterale della chemioterapia	Evidenza scala Relazione sulle risultanze applicazione scheda		Entro 30/6 formulazione scala x la rilevazione fatigue dal 1/9 monitoraggio pazienti con utilizzo scheda Relazione sulle risultanze applicazione scheda	Relazione SC : Allegati questionario e scheda/diario per la valutazione della fatigue Aprile 2017: inizio distribuzione dei questionari (PFS). Luglio 2017 : inizio distribuzione scheda/diario per la gestione della Fatigue Obiettivo raggiunto	☺	35
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 00156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti	☺	30
								95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	------------



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Dottore Luciano Canobbio

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Aumento valore produzione pari a +€ 59.000 Obi Pz raggiunto	☹	3,75
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,78 Proiez Anno 2016= 0,88	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Rapporto 2016= 0,70 Rapporto 2016= 0,72	☺	10
								13,75
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		☹	16,25
	2	Gestione del paziente oncologico per il quale si rende necessario, per motivi diagnostici/terapeutici, il ricorso al ricovero ordinario (previa verifica trimestrale dell'impatto sulla Struttura)	Evidenza di un protocollo condiviso con la SC Medicina 1 per la gestione dei percorsi dei pazienti		Dal 1/7 applicazione dei percorsi	Come da nota ID n. 60050342 del 24.25.2018 inviata al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	20
	3	Istituzione DMT in ordine alla gestione del paziente uro oncologico di concerto con SC Urologia	Formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo Discussione casi		Entro 30/6 formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo da luglio 2017 discussione e condivisione secondo logica DMT sul 100% dei pz pervenuti alla struttura	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	5



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Dottore Luciano Canobbio

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
	4	Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast (per la parte di competenza) di concerto con componenti del core team del DMT: Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager	Evidenza dati per la verifica degli indicatori		Inserimento dati in rete a partire dall'anno 2017 <i>Verifica trimestrale SC Qualità</i>	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	☺	5
Performance/Proprietà	5	Utilizzo farmaci biologici biosimilari: incremento di utilizzo dei biosimilari vs brand	numero piani compilati vs numero pz serviti in diretta		compilazione dei piani terapeutici riportanti farmaci biosimilari anche per quelli distribuiti in diretta	Relazione Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera "Attività" intraprese per promuovere la riduzione dell'impiego di farmaci biologici Brand: "Per carenza di personale farmacista, nel secondo semestre 2017, non si è riusciti ad elaborare i report specifici per ciascun dipartimento e relative SC" obiettivo considerato raggiunto	☺	15
		incremento % numero piani per biosimilari vs brand		Incremento 80% numero piani per biosimilari vs brand al 30/06/2017 ed al 31/12/2017 <i>Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera al 30/06/2017 ed al 31/12/2017</i>				
	6	Progetto interdipartimentale ed interaziendale di collaborazione con Radiologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione, Pneumologia per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	Relazione Direttore SC Radiologia Villa Scassi (allegata agli atti) Obiettivo raggiunto	☺	10



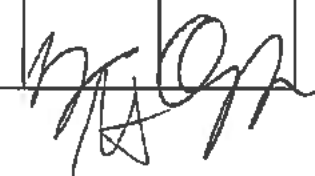
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Dottore Luciano Canobbio

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Nota di monitoraggio del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti <i>Obiettivo raggiunto</i>	☺	10
								81,25
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								95



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.S.D. Oncologia Sestri P
Dottore Luciano Canobbio

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Aumento valore produzione pari a +€ 59.000 Obf Pz raggiunto	☹	3,75
								3,75
Performance/Appropriatezza	1	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	☺	30
	3	Elaborazione progetto per la valutazione della "fatigue" come effetto collaterale della chemioterapia	Evidenza scala Relazione sulle risultanze applicazione scheda		Entro 30/6 formulazione scala x la rilevazione fatigue dal 1/9 monitoraggio pazienti con utilizzo scheda Relazione sulle risultanze applicazione scheda	Relazione SC : Allegati questionario e scheda/diario per la valutazione della fatigue Aprile 2017: inizio distribuzione dei questionari (PFS). Luglio 2017 : inizio distribuzione scheda/diario per la gestione della Fatigue Obiettivo raggiunto	☺	35



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.S.D. Oncologia Sestri P
Dottore Luciano Canobbio

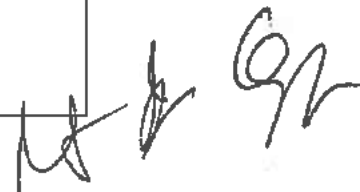
Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 00150078 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro	☺	30
								95
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								98,75



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
Direttore Dott. Felice Scasso**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	Obiettivo raggiunto. Il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda di budget economico 2017	😊	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015=0,86 Proiez Anno 2016= 0,92	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	10	Anno2016=0,98 Anno 2017=0,77	😐	7,5
						15			12,5
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30		😐	23,75
	2	Mantenimento dell'attività ambulatoriale	Nr prestazioni erogate rispetto Anno 2016	Prest Anno 2015= 19.855 Valore € 442.888,30 Prest Anno 2016= 19.272 Valore € 446.495,77	Volume / Valore => Anno 2016	20	Le prestazioni sono diminuite in numero e importo del 7%. Obiettivo parzialmente raggiunto in considerazione della carenza di personale medico e infermieristico	😐	15
	3	Collaborazione con l'ambulatorio di allergologia pediatrica per la prevenzione e la cura delle patologie ORL pediatriche con attività ambulatoriale dedicata	evidenza di almeno sei posti mensili dedicati su Villa Scassi		numero di accessi c/o ambulatorio ORL di pazienti provenienti dall'ambulatorio di Allergologia pediatrica	15	Relazione Direttore SC: previsti nr 8 accessi mensili Obiettivo raggiunto	😊	15
	4	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	10	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verball agli atti Obiettivo raggiunto	😊	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
Direttore Dott. Felice Scasso

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
	5	Istituzione di un PDTA del paziente con patologia neoplastica del distretto testa-collo in collaborazione con le strutture di oncologia aziendali di concerto con le strutture territoriali di riferimento	evidenza del PDTA		presentazione del PDTA entro 30/5/2017	10	Come da comunicazione pervenuta a mezzo mail agli atti, l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti	☺	10
						85			73,75
TOTALE SCHEDA DI BUDGET						100			86,25

M. Scasso

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
Direttore Dott. Felice Scasso

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficacia	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	Obiettivo raggiunto. Il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda di budget economico 2017	☺	3,75
						5			3,75
	1	Istituzione di un PDTA del paziente con patologia neoplastica del distretto testicolo in collaborazione con le strutture di oncologia aziendali di concerto con le strutture territoriali di riferimento	evidenza del PDTA		presentazione del PDTA entro 30/05/2017	25	Come da comunicazione pervenuta al CCD agli atti l'obiettivo è stato raggiunto	☺	25
	2	Mantenimento dell'attività ambulatoriale	Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2016	Prest Anno 2015= 19.855 Valore € 442.688,30 Prest Anno 2016= 19.272 Valore € 446.495,77	Volume / Valore = > Anno 2016	20	Le prestazioni sono diminuite in numero e importo del 7%, Obiettivo parzialmente raggiunto in considerazione della carenza di personale medico e infermieristico	☹	15
	3	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	25	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 28/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	☺	25
	4	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Seti Qualità Monitoraggio Settore Qualità	25	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	☺	25
						95			90
TOTALE SCHEDA DI BUDGET						100			93,75

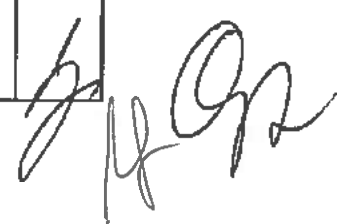
PA
Z. Or

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Oculistica

Direttore Dott. Fabio Giacomelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività in termini di chirurgia ambulatoriale e degenziale. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,93 Proiez Anno 2016= 1,00	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016=0,99 Anno 2017=1 Obiettivo raggiunto	10	☺	10
							15		15
	1	Garantire entro i sei mesi di vita la visita oculistica di controllo ai nuovi nati	numero visite/neonali		100% visite entro i sei mesi	Analisi nati dal 11/06/2017 al 31/12/2017 Relazione Direttore SC: TUTTI I BAMBINI NATI NEL PERIODO SUDETTO SONO STATI COSI' PRENOTATI: - è stato dato l'appuntamento direttamente dalla neonatologia (ambulatori ortottici Villa scassi e Micone, utilizzando il format presente nella cartella di rete "Occhi belli") Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	2	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <i>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Oculistica
Direttore Dott. Fabio Giacomelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance/Adeguatezza	3	Mantenimento livelli attività ambulatoriale chirurgica	Nr. prestazioni erogate	Nr prest Anno 2015 = 4.586 Valore = € 3.544.460,00 Nr prest Anno 2016 = 5.190 Valore = € 3.747.175,00	Volume / Valore = > Anno 2016	Nr prest Anno 2016 = 5.190 Valore = € 3.747.175,00 Nr prest Anno 2017 = 5.247 Valore = € 3.876.010 Obiettivo raggiunto	15	😊	15
	4	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (3 mesi)	Relazione Direttore SC: Per quanto concerne l'obiettivo 4 è stato sicuramente raggiunto per le prestazioni B e D. Per le P nel 2016 eravamo sopra i tre mesi sicuramente per l'OCT e CV. Obiettivo parzialmente raggiunto	10	😐	7,5
	5	Adeguatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2015	Drg 036 (Interventi sulla retina...) - nr 17 casi (59% su tot casi) Drg 039 (Interv. Cristallino) nr. 19 casi (12% su tot casi) Drg 042 (interv. Strutt. Intraoculari) nr. 47 casi (27% su tot casi)	Il reparto non effettua più attività ordinaria (nr 6 casi tot periodo gennaio settembre 2016)	Mantenimento	Drg 036 (Interventi sulla retina...) - nr 13 casi (46% su tot casi) Drg 039 (interv. Cristallino) nr. 36 casi (39% su tot casi) Drg 042 (interv. Strutt. Intraoculari) nr. 18 casi (23% su tot casi) Obiettivo raggiunto	10	😊	10
	6	Indicatore C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery	59% (126/215)	83,82% (114/136)	Mantenimento =>60%	68,39% (132/193)	10	😊	10

34%



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Oculistica

Direttore Dott. Fabio Giacomelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
	7	Collaborazione con l'ambulatorio di allergologia pediatrica con almeno due visite settimanali dedicate ai bambini seguiti dall'ambulatorio con problematiche allergologiche oculari	evidenza di almeno due posti settimanali dedicati		numero di accessi c/o ambulatorio oculistico di pazienti provenienti dall'ambulatorio di Allergologia pediatrica	Relazione Direttore SC: Le visite oculistiche con quesito diagnostico "allergia" hanno avuto disponibilità per n. 2 posti alla settimana presso l'ambulatorio ortottico di Villa Scassi (tale disponibilità prosegue nel 2018); gli accessi sono stati di n.1 paziente. Obiettivo raggiunto	10	☺	10
							85		82,5
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		97,5

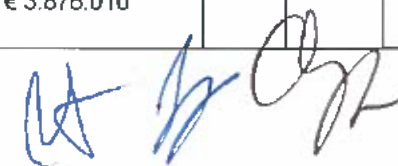
Il dato risente del fatto che una parte di casistica diurna (che nel 2016 era stata completamente trasferita in ODS) nel 2017 è stata convertita in regime di ricovero ordinario 34% su tot casi

LEA CHIR
Miglioramento =>60%



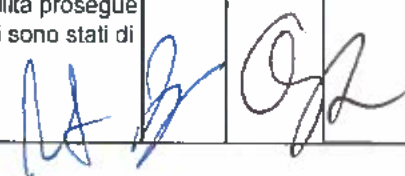
**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Oculistica
Direttore Dott. Fabio Giacomelli**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2015	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2015		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività in termini di chirurgia ambulatoriale e degenziale. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
							5		5
	1	Garantire entro i sei mesi di vita la visita oculistica di controllo ai nuovi nati	numero visite/neonati nati		100% visite entro i sei mesi	Analisi nati dal 11/06/2017 al 31/12/2017 Relazione Direttore SC: TUTTI I BAMBINI NATI NEL PERIODO SUDDETTO SONO STATI COSI' PRENOTATI: - è stato dato l'appuntamento direttamente dalla neonatologia (ambulatori ortottici Villa scassi e Micone, utilizzando il format presente nella cartella di rete "Occhi belli") Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	2	Mantenimento livelli attività ambulatoriale chirurgica	Nr. prestazioni erogate	Nr prest Anno 2015 = 4.586 Valore = € 3.544.460,00 Nr prest Anno 2016 = 5.190 Valore = € 3.747.175,00	Volume / Valore = > Anno 2016	Nr prest Anno 2016 = 5.190 Valore = € 3.747.175,00 Nr prest Anno 2017= 5.247 Valore = € 3.876.010	20	☺	20



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Oculistica
Direttore Dott. Fabio Giacomelli**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance/Appropriatezza	3	Promozione della cultura della Best Practice: Applicazione procedura relativa ad "Occlusione nei pz minori affetti da exodeviiazione intermittente" al fine di trasmettere dati statisticamente significativi per determinare l'efficacia dell'intervento	Incremento nr pazienti	Al 31/12/2016 = nr 43 pz visitati e sottoposti a terapia di cui nr 34 inseriti nello studio	Al 31/12 almeno nr 49 pz inseriti nello studio Monitoraggio Direttore SC Professioni Sanitarie	Relazione Direttore SC: Al 31/12/2016 = nr 49 pz affetti da exodeviiazione intermittente nr 23 paz ancora in trattamento nr 11 paz ancora nello studio nr 15 paz che hanno terminato il trattamento Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	4	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10
	6	Collaborazione con l'ambulatorio di allergologia pediatrica con almeno due visite settimanali dedicate ai bambini seguiti dall'ambulatorio con problematiche allergologiche oculari	evidenza di almeno due posti settimanali dedicati		numero di accessi c/o ambulatorio oculistico di pazienti provenienti dall'ambulatorio di Allergologia pediatrica	Relazione Direttore SC: Le visite oculistiche con quesito diagnostico "allergia" hanno avuto disponibilità per n. 2 posti alla settimana presso l'ambulatorio ortottico di Villa Scassi (tale disponibilità prosegue nel 2018), gli accessi sono stati di n.1 paziente. Obiettivo raggiunto	5	☺	5



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Oculistica
Direttore Dott. Fabio Giacomelli**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Nota	Punti Def	
	5	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <i>Monitoraggio Settore Qualità</i>	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	20	☺	20	
							95		95	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100		100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Neurologia
Dottor Paolo Tanganelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,85 Proiez Anno 2016 = 0,83	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016=0,77 Anno2017=0,75	10	☺	7,5
							15		12,5
Performance/Appropriatazza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata		30		26,25
	2	Percorso integrato con la S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale, Distretti, Cure domiciliari, Area Geriatrica, funzionale per garantire la continuità assistenziale dei pazienti dimessi	evidenza del percorso individuato		dal 30 settembre 2017 applicazione del percorso individuato	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti.	10	☺	10
	3	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota ID 60156878 del 31.05.2016 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10
	4	Messa a Regime di PDTA Parkinson	Mappatura servizi 30/3 PDTA entro 31/8 N° paz seguiti		Elaborazione di un Percorso ASL entro 31/8 Mappatura dei servizi e degli interventi effettuati entro 30/3 Identificazione di una coorte di paz. Seguiti Monitoraggio esiti sui paz	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti.	15	☺	15



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Neurologia
Dottor Paolo Tanganelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
	5	Messa in atto azioni di verifica sui dati PNE 2016	evidenza di azioni di verifica (AudIt interno entro il 30 Maggio)	Dati PNE 2016: Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni : Alta mortalità >16%	Miglioramento dati mortalità per iclus ischemico a 30 giorni (dato nazionale di riferimento 12,07)	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 è stata effettuata l'attività di verifica da parte della SC Pianificazione programmazione e controllo. Relazione inviata ad A.Li.Sa. L'obiettivo è raggiunto	10	😊	10
	6	Attivazione CDCD Ponente con Distretti 8 e 9, Area Geriatrica e DSM	Evidenza attivazione CDCD		Entro 30/11 attivazione CDCD con evidenza procedure individuate in ottemperanza la Piano regionale Demenze	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti.	10	😊	10
							85		81,25
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		93,75



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Neurologia
Dottor Paolo Tanganelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	5	☺	5
							5		5
ce/Adeguatezza	1	Percorso integrato con la S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale, Distretti, Cure domiciliari, Area Geriatrica, funzionale per garantire la continuità assistenziale dei pazienti dimessi	evidenza del percorso individuato		dal 30 settembre 2017 applicazione del percorso individuato	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti.	20	☺	20
	2	Messa in atto azioni di verifica sui dati PNE 2016	evidenza di azioni di verifica (Audit interno entro il 30 Maggio)	Dati PNE 2016: Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni : Alta mortalità >16%	Miglioramento dati mortalità per ictus ischemico a 30 giorni (dato nazionale di riferimento 12,07)	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 è stata effettuata l'attività di verifica da parte della SC Pianificazione programmazione e controllo. Relazione inviata ad A.Li.Sa. L'obiettivo è raggiunto	25	☺	25
	3	Messa a Regime di PDTA Parkinson	Mappatura servizi 30/3 PDTA entro 31/8 N° paz seguiti		Elaborazione di un Percorso ASL entro 31/8 Mappatura dei servizi e degli interventi effettuati entro 30/3 Identificazione di una coorte di paz. Seguiti Monitoraggio esiti sui paz.	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti.	20	☺	20



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Neurologia
Dottor Paolo Tanganelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Performance	4	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10
	5	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Seti Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Entro 30/11 attivazione CDCD con evidenza procedure individuate in ottemperanza la Piano regionale Demenze	10	☺	10
	6	Attivazione CDCD Ponente con Distretti 8 e 9, Area Geriatrica e DSM	Evidenza attivazione CDCD		Entro 30/11 attivazione CDCD con evidenza procedure individuate in ottemperanza la Piano regionale Demenze	Come da relazione inviata a mezzo mail al CCD in data 1.6.2018 agli atti l'attività è stata effettuata nei tempi e modi previsti.	10	☺	10
							95		95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET

100

100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

**S.C. Chirurgia Generale
Direttore Dott. Pietro Bisagni**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def	
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/08/2017 Report CCD		10	☹	0	
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,58 Proiez Anno 2016= 1,65	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016= 1,63 Anno 2017 = 1,43 Obiettivo parzialmente raggiunto in considerazione del minore valore della produzione relativo all'avvicendamento dei Direttori della SC	5	☹	3,75	
							15		3,76	
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata Monitoraggio CCD		30		25,63	
	2	Trasferimento in attività ambulatoriale chirurgica Drg 160-162 (Drg a rischio inappropriata)	Trasferimento casistica Drg 160-162 da attività ospedaliera in ambulatoriale		Trasferimento in regime ambulatoriale chirurgico della patologia trattata in ricovero ordinario Evidenza di motivazioni cliniche per casi non trattati a livello ambulatoriale Monitoraggio CCD	Anno 2017= 0 prestazioni ambulatoriali chirurgiche Nr 42 Drg 160 Nr 38 Drg 162 Obiettivo non raggiunto	10	☹	0	
	3	Soglie minime di volume di attività	almeno 50 nuovi casi / anno patologia maligna colon retto 10-12 nuovi casi fanno patologia maligna pancreas e stomaco		almeno 50 nuovi casi / anno patologia maligna colon retto 10-12 nuovi casi /anno patologia maligna pancreas e stomaco Monitoraggio CCD	Relazione Direttore f.f. SC Colon-retto: 99 casi operati Pancreas: 9 casi Stomaco: 11 casi Obiettivo raggiunto	10	☺	10	
	4	Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast (per la parte di competenza) di concerto con componenti del core team del DMT: Oncologia, Chirurgia Plastica, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager	Evidenza dati per la verifica degli indicatori		Inserimento dati in rete a partire dall'anno 2017 Verifica trimestrale SC Qualità	Vedi email Relazione SC Direzione POU 19.03.2018 Verificato inserimento dei dati Obiettivo raggiunto	10	☺	10	
	5	Istituzione DMT carcinoma colon retto	Discussione casi		Condivisione secondo logica DMT sul 100% dei pz pervenuti alla struttura Monitoraggio Direzione POU	Relazione Direttore f.f. SC Il DMT del carcinoma colon-retto ha preso in discussione 97 casi. L'attività ha coinciso con l'assegnazione e lo svolgimento di un corso (codice 57/2017 ECMPG7861)	10	☺	10	
	6	PDTA condiviso con Gastroenterologia, Diagnostica Immagini, Direzione POU sul trattamento della calcolosi coledocica	Evidenza PDTA		Da 1/5 applicazione PDTA	Relazione Direttore f.f. SC. PDTA non completato per trasferimento del precedente Direttore della Chirurgia Generale POU L'obiettivo si intende raggiunto	10	☺	10	
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota di convocazione del 31.05.2018 Resp UGR In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico	5	☺	5	
							85		70,63	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100		74,36



**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.C. Chirurgia Generale
Direttore Dott. Pietro Bisagni**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD		10	☹	0
							10		0
Performance/Appropriatazza	1	Applicazione FMEA/FMECA nel dipartimento chirurgico	Verifica Applicazione azioni di miglioramento		Report sull'efficacia delle Azioni di miglioramento individuate nel 2016	Nota 59388658 del 10.04.2016 SC Professioni Sanitarie: realizzazione specifici interventi di miglioramento. (All B e C) Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	2	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	Relazione SC Professioni Sanitarie/SC Formazione/Relazione SC Professioni Sanitarie/SC Formazione Tutto il personale della Struttura ha partecipato agli incontri formativi tenutisi all'interno del reparto in materia di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	3	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156678 del 31.05.2016 Resp UGR In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alla struttura. Entro 31/12 le Strutture hanno rindirizzato alle SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbal agli atti Obiettivo raggiunto	15	☺	15
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Seti Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	15	☺	15
	5	Istituzione ambulatorio infermieristico per preparazione dei pazienti chirurgici	Nr prestazioni effettuate		Al 30/6 attivazione fase sperimentale del progetto con almeno 2 reparti Dip Chirurgia Al 31/12 implementazione in tutto il dipartimento	Relazione Prof San: Progetto attivato e portato a termine fase sperimentale Pazienti arruolati dal 1 gennaio al 31 dicembre 2017 n° 1216 Obiettivo raggiunto	20	☺	20
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							90		90



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

**S.C. Ortopedia e Traumatologia
Direttore Dott. Franco Pleitavino**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def	
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo parzialmente raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività per € 180.000 circa. Vedasi scheda Budget economico 2017	☹	7,5	
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015 = 1,14 Proiez Anno 2016= 1,28	Mantenimento rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016 = 1,27 Anno 2017= 1,12	☹	3,75	
								11,25	
Performance/Appropriazza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata <i>Monitoraggio CCD</i>			15	
	2	Riorganizzazione day surgery ortopedica sulla sedi aziendali, con particolare riguardo all'artroscopia, anche in relazione al setting assistenziale	Evidenza progetto		Al 30/6 elaborazione progetto Dal 1/7 operatività	Relazione Direzione POU (vedi allegato 17- nota Dir SC Ortopedia in data 15.05.2018) OBV raggiunto	☺	25	
	3	Istituzione ambulatorio infermieristico ortopedico per follow-up dei pazienti operati e/o ricoverati presso la struttura e pronto soccorso ortopedico	Incremento visite settimanali		da 1/3 attivazione fase sperimentale del progetto	Relazione Direzione POU (vedi allegato 17- nota Dir SC Ortopedia in data 15.05.2018) OBV raggiunto	☺	10	
	4	Elaborazione PDTA per in via fratture di femore a Osp Colletta di concerto con RRF, Ass Geriatrica, Cure Intermedia e DMO	Evidenza PDTA		Entro 30/4 evidenza PDTA Da 1/5 attivazione	Vedi email Relazione SC Direzione POU 19.03.2018 Verificato inserimento dei dati OBV raggiunto	☺	15	
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuali Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <i>Monitoraggio UGR</i>	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbalizzati agli atti Obiettivo raggiunto	☺	5	
								70	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									81,25

Handwritten signature in blue ink: ASO

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
**S.C. Ortopedia e Traumatologia
 Direttore Dott. Franco Pleitavino**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalle strutture a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/08/2017 Report CCD	Obiettivo parzialmente raggiunto; lo storamento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività per € 180.000 circa. Vedasi scheda Budget economico 2017	10	☹	7,5
							10		7,5
Performance/Adeguatezza	1	Istituzione ambulatorio infermieristico ortopedico per follow-up dei pazienti operati e/o ricoverati presso la struttura e pronto soccorso ortopedico	Incremento visite settimanali		da 1/3 attivazione fase sperimentale del progetto	Relazione Direzione POU (vedi allegato 17- nota Dir SC Ortopedia in data 15.05.2018) OBV raggiunto	25	☺	25
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuali Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 80158876 del 31.05.2018 Resp UGR in data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbalizzati agli atti Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	3	Infezioni correlate all'Assistenza	il 100% del personale infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	Relazione SC Professioni Sanitarie/SC Formazione Tutto il personale della Struttura ha partecipato agli incontri formativi tenuti all'interno del reparto in materia di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali Obiettivo raggiunto	25	☺	25
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/8 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Seti Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempimento alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	20	☺	20
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							90		90
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		97,5



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.C. Chirurgia Vascolare
Direttore Dottore Gianantonio Simoni

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura e fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Il budget assegnato non è stato rispettato	10	☹	0
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,68 Proiez Anno 2016= 1,69	Mantenimento rapporto Report CCD	Anno 2016=1,76 Anno 2017= 1,47	5	☺	3,75
							16		3,75
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata Monitoraggio CCD		30		26,25
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156876 del 31 05 2016 Resp UGR. In data 28/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verballi agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10
	3	Dgr 1746/2014 trasferimento in regime ambulatoriale - cod. intervento 38.59 - casistica afferente il Drg 119	Trasferimento in regime ambulatoriale interventi effettuati in regime di ricovero Monitoraggio Intermedio al 30/6		Trasferimento in regime ambulatoriale di almeno il 65% degli interventi effettuati in regime di ricovero nell'anno 2016 Monitoraggio CCD	Drg 119 Anno 2016= 55 dimessi Prest cod 38.59J pari al 65% da trasformare Anno 2017= 36 Nr prest cod 38.59J Anno 2017 = 16 Obiettivo non raggiunto	15	☹	11,25
		Elaborazione protocollo per trattamento delle varici in regime ambulatoriale e in DS di concerto con Day Week Surgery, Radiologia, Anestesia, Direzione POU	Evidenza documento		Entro 30/4 evidenza protocollo Monitoraggio SC POU	Relazione SC POU in data 19 03 2018: OBV non raggiungibile vedi relazione 1c (nota Dir SC Ch Vascolare e obv 1c) allegati agli atti Pertanto l'obiettivo si intende raggiunto	15	☺	15
4	Applicazione PDTA Profilassi Tromboembolica e interventi conseguenti	Monitoraggio e controllo applicazione procedura nelle SS.CC. partecipanti Evidenza verbali incontri		Applicazione al 90% dei pz ammalabili / azioni di coinvolgimento delle strutture che non raggiungono il target previsto	Relazione Direzione POU (vedi allegato 19) OBV raggiunto	15	☺	15	
							86		77,6






TOTALE SCHEDA DI BUDGET	100	81,25
--------------------------------	------------	--------------



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

S.C. Chirurgia Vascolare

Direttore Dottore Gianantonio Simoni

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def	
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Il budget assegnato non è stato rispettato		0	
								0	
Performance/Adeguatezza	1	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presenta sul sito	Relazione SC Professioni Sanitarie/SC Formazione Tutto il personale della Struttura ha partecipato agli incontri formativi tenutisi all'interno del reparto in materia di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali. Obiettivo raggiunto		25	
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate. Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto. Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit. Monitoraggio UGR	Nota ID 80156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro. Verbali agli atti. Obiettivo raggiunto		20	
	3	Istituzione ambulatorio infermieristico per preparazione dei pazienti chirurgici	Nr prestazioni effettuate		Al 30/6 attivazione fase sperimentale del progetto con almeno 2 reparti Dip Chirurgia. Al 31/12 implementazione in tutto il dipartimento	Relazione Prof San. Progetto attivato e portato a termine fase sperimentale. Pazienti arruolati dal 1 gennaio al 31 dicembre 2017 n° 1218. Obiettivo raggiunto		20	
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Seti Qualità. Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali. L'obiettivo si intende raggiunto		25	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET									90



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Urologia

Direttore f.f. Dottore Luigi Fasce

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2015		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/08/2017 Report CCD	Obiettivo non raggiunto. Vedi scheda Budget economico 2017	☹	0
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,46 Proiez Anno 2016= 1,29	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016= 1,57 Anno 2017= 1,42	☺	3,75
								3,75
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata Monitoraggio CCD			25
	2	Gestione del percorso HFMECA (Health Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis)	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso HFMECA Monitoraggio UGR	Allegato Corso di Formazione "Applicazione della Metodologia" con valutazione positiva (COD. ECMPG7952) Obiettivo raggiunto	☺	20
	3	Progetto rete Uro -Oncologica area metropolitana. Istituzione DMT in ordine alla gestione del paziente uro oncologico (tumore del rene) di concerto con SSD Oncologia	Formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo Discussione casi		Entro 30/6 formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo da luglio 2017 discussione e condivisione secondo logica DMT sul 100% dei pz pervenuti alla struttura	OBV raggiunto Relazione SC Direzione POU (vedi allegati 14 e 15)	☺	25
	4	Potenziamento dell'attività ambulatoriale	Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2015		Incremento 10% volume delle prestazioni rispetto Anno 2016	Nr prest Anno 2016= 5.694 Nr prest Anno 2017= 4.418 Diff = - 1.276 Diff valore prest = + € 3.833,32	☹	7,5
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								77,5
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								81,25



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

S.C. Urologia

Direttore f.f. Dottore Luigi Fasce

Area	n°	Oblattivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura e fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi schede allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo non raggiunto. Vedasi scheda Budget economico 2017	10	☹	0
							10		0
Performance/Agiornatezza	1	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale medico e infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	Relazione SC Professioni Sanitarie/SC Formazione Tutto il personale della Struttura ha partecipato agli incontri formativi tenuti all'intero del reparto in materia	20	☺	20
	2	Gestione del percorso HFMECA (Health Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis)	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso HFMECA Monitoraggio UGR	Allegato Corso di Formazione "Applicazione della Metodologia" con valutazione positiva (COD. ECPMG7952) Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	3	Identificazione di nr 2 processi critici in Urologia Elaborazione di azioni di miglioramento	Evidenze piani di miglioramento		Inizio percorso di formazione Entro 30/6 elaborazione piani di miglioramento	Allegato Corso di Formazione "Applicazione della Metodologia" con valutazione positiva (COD. ECPMG7952) Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	4	Istituzione ambulatorio infermieristico per preparazione dei pazienti chirurgici	Nr prestazioni effettuate		Al 30/6 attivazione fase sperimentale del progetto con almeno 2 reparti Dip. Chirurgia Al 31/12 implementazione in tutto il dipartimento	Relazione Prof San: Progetto attivato e portata a termine fase sperimentale Pazienti arruolati dal 1 gennaio al 31 dicembre 2017 n° 1216 Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	5	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Seti Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	10	☺	10
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							90		90
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		90



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Chirurgia Toracica
Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD		10	☹	7,5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 2,15 Proiez Anno 2016= 2,05	Mantenimento rapporto Report CCD	Anno 2016= 2,18 Anno 2017= 1,76	5	☹	0
							15		7,5
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori azze di cui alla tabella allegata. Monitoraggio CCD		30		30
	2	Utilizzo tecnica miniminvasiva video toracoscopica per lobectomia polmonare	Incremento % casi previa acquisizione strumentario chirurgico		Incremento casi trattati con VATS Lobectomy (tecnica miniminvasiva videotoracoscopica) =>20 Monitoraggio al 30/6	Relazione SC POLI (vedi allegato 13) Obiettivo raggiunto	25	☺	25
	3	Progetto interdipartimentale ed intraziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	Relazione Direttore SC Radiologia Villa Scassi (allegata agli atti) Obiettivo raggiunto	20	☺	20
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 28/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbalì agli atti Obiettivo raggiunto	10	☺	10
							85		86

TOTALE SCHEDA DI BUDGET							100		92,5
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	------------	--	-------------

Handwritten signature: G. Pastorino

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA
S.S.D. Day e Week Surgery
Dottore Marco Castagnola

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Note	Punti Def
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto: lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività in termini di chirurgia ambulatoriale e degenziale per € 168.000. Vedasi scheda Budget economico 2017	10	😊	10
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,33 Proiez Anno 2016= 1,43	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016= 1,79 Anno 2017= 1,65 Obiettivo raggiunto in considerazione dei maggiori oneri derivanti dall'apertura del reparto Osp Micone	5	😐	3,75
							15		13,75
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata/ CCD		30		30
	2	Stesura di un PDTA per "Pazienti candidati con patologia cutanea trattabili mediante laser e CO2"	Evidenza PDTA Nr interventi secondo PDTA x seduta ambulatoriale		Entro 30/06 stesura PDTA con verifica da parte del DMD Micone Al 31/12 attivazione di 2 sedute ambulatoriali con almeno 4 interventi a seduta per raggiungere almeno 100 interventi	Relazione Direzione POU OBV raggiunto allegati 6 (erogate 251 prestazioni) e 7	15	😊	15
	3	Appropriatezza regime di ricovero delle prestazioni erogate dalla SSD Day Surgery - Trasferimento in regime ambulatoriale del Drg 006 (Tunnel carpale)	Trasferimento casistica Drg 006 da attività ospedaliera in ambulatoriale		Almeno il 98% delle prestazioni ex Drg 006 erogate in regime ambulatoriale	Anno 2017: 138 prest amb chir cod 04 43J 8 dimessi con DRg 006 Obiettivo raggiunto	15	😊	15
	4	Trasferimento in attività ambulatoriale chirurgica Drg 119 (Drg a rischio inappropriatezza)	Trasferimento casistica Drg 119 da attività ospedaliera in ambulatoriale		Trasferimento in regime ambulatoriale chirurgico della patologie trattate in ricovero ordinario Evidenza di motivazioni cliniche per i casi non trattati a livello ambulatoriale Monitoraggio CCD	Anno 2017 0 prest amb chir 6 dimessi con DRg 119	15	😐	11,25
		Elaborazione protocollo per trattamento delle varici in regime ambulatoriale e in DS di concerto con Day Week Surgery, Radiologia, Anestesia, Direzione POU	Evidenza documento		Entro 30/4 evidenza protocollo Monitoraggio SC POU	Relazione SC POU in data 19/03/2018: OBV non raggiungibile vedi relazione 1c (nota Dir SC Ch Vascolare e obv 1c) allegati agli atti Pertanto l'obiettivo si intende raggiunto		😊	
5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156978 del 31/05/2016 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alla struttura. Entro 31/12 la Struttura hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di Incontro Verbal agli atti Obiettivo raggiunto	10	😊	10	
							85		81,25
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								100	95



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO
S.S.D. Day e Week Surgery
Dottore Marco Castagnola

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Punti	Nota	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività in termini di chirurgia ambulatoriale e degenziale per € 168.000. Vedi scheda Budget economico 2017	10	😊	10
							10		10
Performance/Appropriatezza	1	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale medico e infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	Relazione SC Professioni Sanitarie/SC Formazione. Tutto il personale della Struttura ha partecipato agli incontri formativi tenutisi all'interno del reparto in materia di prevenzione delle infezioni correlate etc.	20	😊	20
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate. Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto. Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit. Monitoraggio UGR	Nota ID 60156876 del 31.05.2016 Resp UGR. In data 28/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti. Obiettivo raggiunto	20	😊	20
	3	Istituzione ambulatorio infermieristico per preparazione dei pazienti chirurgici	Nr prestazioni effettuate		Al 30/8 attivazione fase sperimentale del progetto con almeno 2 reparti Dip Chirurgia. Al 31/12 implementazione in tutto il dipartimento	Relazione Prof San: Progetto attivato e portato a termine fase sperimentale. Pazienti ammorati dal 1 gennaio al 31 dicembre 2017 n° 1216. Obiettivo raggiunto	25	😊	25
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/8 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Self Qualità. Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali. L'obiettivo si intende raggiunto	25	😊	25
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							90		90
							100		100

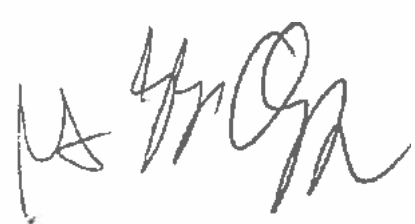


SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.S.D. Chirurgia del Piede

Dottorssa Maria Teresa Gulino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	Anno 2016= 0,92 Anno 2017=1,23	☺	5
							10
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata	Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata Monitoraggio CCD			25
		Mantenimento attività chirurgica	Nr interventi = Anno 2016	Mantenimento volumi attività chirurgica Anno 2016 Monitoraggio al 30/4	Nr int Anno 2016=330 Nr int Anno 2017=367	☺	15
		Mantenimento degenza media ricoveri relativi al Drg 225	Rispetto parametri degenza media per ricoveri con Drg 225	D.M.>1 giorno solo per il 40% dei Drg 225	Drg 225 con DM > 1g= 29,45% 86 casi su 292 Obiettivo raggiunto	☺	15
		Rimodulazione e potenziamento delle visite ambulatoriali	Nr. prestazioni erogate	Mantenimento volume delle visite ambulatoriali	Nr prest Anno 2016= 4825 Nr prest Anno 2017= 4823 Obiettivo raggiunto	☺	20
		Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio	Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit Monitoraggio UGR	Nota ID 60156078 del 31.05.2018 Resp UGR: in data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbalì agli atti Obiettivo raggiunto	☺	10
							85
TOTALE SCHEDA DI BUDGET							95



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2016 AREA COMPARTO
S.S.D. Chirurgia del Piede
Dottorssa Maria Teresa Gulino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2015	Risultati attesi anno 2016 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti Def
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2015		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017... Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedi scheda Budget economico 2017	☺	5
								5
Performance/Apropriatezza	1	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto. Entro il 31/12/2017: evidenza dello sviluppo del percorso audit;		Identificazione delle azioni di miglioramento individuate; Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio. Monitoraggio UGR	Nota ID 60156878 del 31/05/2018 Resp UGR. In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	☺	20
	2	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	Relazione SC Professioni Sanitarie/SC Formazione Tutto il personale della Struttura ha partecipato agli incontri formativi tenuti all'interno del reparto in materia di prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali Obiettivo raggiunto	☺	25
	3	Rimodulazione e potenziamento delle visite ambulatoriali	Nr. prestazioni erogate		Mantenimento volume delle visite ambulatoriali	Nr prest Anno 2016= 4825 Nr prest Anno 2017= 4823 Obiettivo raggiunto	☺	25
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità Monitoraggio Settore Qualità	Email SC Professioni Sanitarie: non è stato possibile adempiere alla formalizzazione e somministrazione del questionario sulla Customer satisfaction della persona ricoverata e per le attività ambulatoriali L'obiettivo si intende raggiunto	☺	25
								95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET

100



SS Gestione rifiuti sanitari Dottorssa Marina Franca Pasquarelli Vignati

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
Performance e appropriatezze	1	Procedura gestione rifiuti RAEE (Rifiuti da apparecchiature Elettriche ed Elettroniche) al fine di ridurre tempi di attesa per lo smaltimento	Evidenza procedura e pubblicazione su Intranet Monitoraggio dei tempi per ogni smaltimento	Elaborazione procedura entro 30.09 Al 30.11 pubblicazione procedura su intranet aziendale Al 31.12 evidenza monitoraggio dei tempi per tipologia di smaltimento	Come da comunicazione inviata a mezzo mail il 4.6.2018 al CCD agli atti l'obiettivo è stato parzialmente raggiunto.	☹️	26,25	26,25	
	2	Ottimizzazione utilizzo delle risorse attraverso condivisione nuova procedura gestione rifiuto RAEE con Dipartimento Infrastrutture, S.S.D. Economato	Evidenza procedura di gestione con le strutture coinvolte	Da 1.10.2016 avvio collaborazione tra Dipartimento Infrastrutture, S.S.D. Economato, S.S. Gestione Rifiuti	Come da comunicazione inviata a mezzo mail il 4.6.2018 agli atti è stata avviata la collaborazione con Dipartimento Infrastrutture e S.S.D. Economato ma la procedura è ancora ni via di definizione. Obiettivo parzialmente raggiunto.	☹️	22,5	22,5	
	3	Avvio corso Formazione Gestione Rifiuti RAEE per la dirigenza relativo a nuovo approccio alle problematiche ambientali, in particolare dei rifiuti	Attivazione corsi formazione Evidenza verbali e dichiarazioni formali di sgombero locali secondo procedura	Attivazione entro 30.11 lezioni " on the job" sulla responsabilità etica e penale del produttore del rifiuto Almeno due strutture sgombrare dal materiale obsoleto accantonato in ambienti usati come depositi, con redazione di verbale e dichiarazione formale del responsabile del Servizio	Come da comunicazione inviata a mezzo mail il 4.6.2018 al CCD agli atti nel 2017 sono state sgomberate n.5 strutture.	😊	25	25	
	4	Anticorruzione e trasparenza	Vedasi scheda allegata denominata "Trasparenza e anticorruzione"	Vedasi scheda allegata denominata "Trasparenza e anticorruzione"	Vedasi scheda allegata denominata "Trasparenza e anticorruzione". Obiettivo raggiunto.	😊	10	10	
							83,75	83,75	
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								83,75	83,75





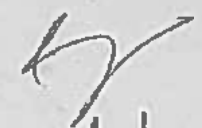
**Staff Direzione Sanitaria
Dottoressa Flavia Emanuelli - Dottoressa Daniela Pezzano**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Peso Dirigenza
Performance e appropriatezza	1	Garantire il monitoraggio della qualità dei servizi offerti dalle strutture in convenzione	Partecipazione alla redazione di una procedura per la vigilanza ed il controllo dell'attività a domicilio in collaborazione con il Responsabile della SSD cure palliative	Entro il 30/06/2017 redazione procedura per i controlli a domicilio in collaborazione con il Responsabile della SSD cure palliative Dall'1/07/2017 almeno 2 controlli annuali dell'attività in hospice e 4 dell'attività a domicilio	20	Come da relazione inviata al CCD a mezzo mail agli atti tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi indicati. Obiettivo raggiunto.	😊	20
	2	Partecipazione alla predisposizione ed alla gestione dei processi di "budget" per le strutture sanitarie, valutazione degli obiettivi raggiunti nel 2016 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 2016	entro il 30 aprile 2017	30	Come da relazione inviata al CCD a mezzo mail agli atti tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi indicati. Obiettivo raggiunto.	😊	30
	3	Partecipazione, predisposizione, valutazione e monitoraggio di progetti di nuovi modelli assistenziali che prevedono la costituzione di reti e collaborazioni interaziendali/contratti con privati accreditati	Evidenza dei progetti/contratti	Almeno 2 progetti interaziendali in corso	20	Come da relazione inviata al CCD a mezzo mail agli atti tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi indicati. Obiettivo raggiunto.	😊	20
	4	Valutazione dei progetti e partecipazione al tavolo aziendale sul "Dividendo dell'efficienza"	Evidenza incontri e sviluppo del lavoro di identificazione dei progetti	Almeno 2 riunioni entro il 30/giugno, entro 31/12 identificazione dei progetti	30	Come da relazione inviata al CCD a mezzo mail agli atti tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi indicati. Obiettivo raggiunto.	😊	30
					100			100
TOTALE SCHEDA DI BUDGET					100			100



**Staff Direzione Sanitaria
Area comparto**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Nota	Peso Dirigenza
Performance e appropriatezza	1	Valutare l' idoneità dello strumento della coabitazione per le differenti tipologie di utenti dei servizi territoriali con problematiche legate all'abitare e verificare la fattibilità di progetti specifici	Attivazione di un gruppo interservizi sul tema del cohousing	Sul tema specifico esistono alcune esperienze ASL ma non esiste nulla di strutturato a livello di azienda	Attivazione del Gruppo di lavoro entro il 30/4/2017 Almeno n. 5 riunioni del Gruppo di lavoro Individuato Stesura relazione conclusiva a cura del tavolo di lavoro entro il 31/12/2017	40	Come da relazione trasmessa al CCB il 7.6.2018 agli atti tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	40
	2	Migliorare la qualità dell'informazione alla popolazione in tema di tutela e diritti delle persone disabili	Attivazione di uno sportello virtuale sulla disabilità	Esisteva, all'interno dell'URP di Largo San Giuseppe, uno sportello sulla disabilità che forniva principalmente informazioni in tema di medicina legale.	Attivazione sportello virtuale entro il 30/6/2017 Valutazione dell'utilizzo dello sportello entro il 31/1/2018	30	Come da relazione trasmessa al CCB il 7.6.2018 agli atti tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	30
	3	Semplificare le modalità di presentazione ricorsi in tema di Amministrazione di sostegno da parte del personale ASL.	Attivazione inoltro digitale ricorsi in tema di Amministrazione di sostegno	Attualmente la presentazione del ricorsi viene fatta direttamente alla Cancelleria del Tribunale con modalità cartacee	Attivazione inoltro digitale entro il 30/11/2017	30	Come da relazione trasmessa al CCB il 7.6.2018 agli atti tutte le attività previste sono state effettuate nei tempi e nei modi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	30
						100			100
TOTALE SCHEMA DI BUDGET						100			100


 FT 92

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. PROFESSIONI SANITARIE
Dottorssa Catia Maura Bonvento

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi Anno 2017	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumo di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Vedasi scheda denominata budget economico 2017 con motivazioni sfioramento	5	5	☺	5	5
						5	5		5	5
Performance	1	Supporto alla introduzione del nuovo modello organizzativo della nella Sc Medicina Interna	Utilizzo della documentazione clinica integrata - Il Briefing e il Debriefing	Entro 30/3 100% cartelle multidisciplinari Entro 30/6 Formazione	Come da mail inviata al CCD agli atti la cartella multidisciplinare è stata introdotta dal mese di febbraio 2017 Formazione eseguita. Obiettivo raggiunto.	15	20	☺	15	20
	2	Applicazione FMEA/FMECA nel dipartimento chirurgico in collaborazione con UGR	In Chirurgia Generale e Urgenza Verifica Applicazione azioni di miglioramento	Report sull'efficacia delle Azioni di miglioramento individuate nel 2016	Monitoraggio inviato al CCD agli atti. Obiettivo raggiunto.	5	10	☺	5	10
			Identificazione di 2 processi critici in Urologia Elaborazione di azioni di miglioramento	Inizio percorso di Formazione - Entro il 30/06 elaborazione dei piani di miglioramento al 31/12	Interventi di formazione realizzati come da mail inviata al CCD agli atti. Obiettivo raggiunto.					
	3	Ambulatori infermieristici per assistenza al paziente con BPCO nei Servizi Distrettuali	Formazione del personale	Tutto il Personale dei Distretti sarà formato	Come da mail inviata al CCD agli atti tutto il personale è stato formato. Obiettivo raggiunto.	10	10	☺	10	10
			Avvio degli ambulatori a gestione infermieristica della BPCO (1 amb x DSS)	N Pazienti assistiti	Si è dato l'avvio ad almeno un ambulatorio dedicato per ciascun Distretto. (n. 1124 pz assistiti).					
	4	Collaborazione tra SSD Popolazione a Rischio - Dipartimento Immagini - SC Direzione Medica del Presidio Unico finalizzata all'offerta dei test primari di screening del tumore mammario al personale dipendente operativo nel PPOO Sesini P, Villa Scassi, Arenzano, Pontedecimo c/o propria sede di lavoro	Data attivazione progetto	Data attivazione progetto: entro 31 ottobre 2017 Responsabile del monitoraggio: Responsabile SSD popolazione a rischio Dottorssa Ivana Valse	Come da mail inviata al CCD agli atti le attività sono state eseguite nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	5	☺	10	5
5	Collaborazione tra SC Professioni Sanitarie, SSD Popolazione a Rischio, SC Sistemi Informativi, SS Medici competenti, SC Direzione Medica del Presidio ospedaliero Unico, SC Cure Primarie, SC Distretti Sanitari, finalizzata alla implementazione dello screening cardiovascolare (valutazione attiva del rischio sul modello degli screening di popolazione) per la prevenzione delle malattie cardiovascolari del personale dipendente della ASL3 in età 45 - 59 anni	Numero inviti a screening -Eventi formativi sugli stili di vita salutari rivolti ai lavoratori della ASL3	realizzazione della attività di screening in almeno due sedi Operative - realizzazione eventi formativi sugli stili di vita salutari rivolti ai lavoratori della ASL 3	Come da mail inviata al CCD agli atti le attività sono state eseguite nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	15	10	☺	15	10	
6	Organizzare e coordinare gli audit clinici sui temi concordati in collaborazione con UGR e con le modalità previste dal Manuale Ministeriale "Audit Clinico" 2011	Rispetto cronoprogramma Riduzione criticità evidenziate da UGR	Entro il 30/04 Formalizzazione dei temi con UGR Entro 31/12 risoluzione criticità evidenziate Monitoraggio UGR	Come da mail inviata al CCD agli atti le attività sono state eseguite nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	10	☺	10	10	





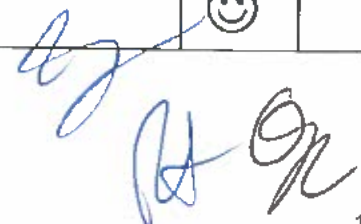
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. PROFESSIONI SANITARIE
Dottorssa Catia Maura Bonvento

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi Anno 2017	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Peso Dirigenza	Peso Comparto	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	7	Supporto alle SS.CC. all'utilizzo delle Best Practice per tutte le Professioni Sanitarie	Revisione BP	Partecipazione agli incontri previsti (min 3 anno) Entro 30/12 presentazione delle procedure revisionate e pubblicazione sul sito aziendale	Come da mail inviata al CCD agli atti le attività sono state eseguite nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	10	☺	10	10
	8	Piano aziendale della Prevenzione: attuazione degli interventi previsti per il setting lavorativo, in collaborazione con Dip Prevenzione, Dip Cardiologia, SeRT, Dietologia	Numero corsi/Numero operatori formati	Almeno nr 2 incontri per ogni azione prevista da PAP Formazione degli operatori sanitari su fumo, alcool, alimentazione, attività fisica e contrasto alla sedentarietà Entro 30/9 1° edizione Entro 31/12 2° edizione	Come da mail inviata al CCD agli atti le attività sono state eseguite nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	10	☺	10	10
	9	Realizzazione e diffusione di un "House Organ" Aziendale rivolto al cliente interno (prevalentemente alle Professioni Sanitarie), come strumento di comunicazione e per la valorizzazione delle potenzialità presenti in Aziende	N. di edizioni annuali dell'"House Organ" % di diffusione al dipendenti ASL attraverso e-mail aziendale	Entro 30/6 Costituzione gruppo di lavoro e realizzazione di nr 1 edizione Diffusione al 100% dei dipendenti ASL, dotati di e-mail aziendale Entro il 30/9 realizzazione di 2 edizioni.	Come da mail inviata al CCD agli atti le attività sono state eseguite nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	10	☺	10	10
	10	Riorganizzazione risorse umane	Presentazione almeno nr 2 progetti riorganizzazione	Entro 30/6 presentazione 1° progetto Entro 31/12 presentazione 2° progetto	Come da mail inviata al CCD agli atti le attività sono state eseguite nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	5	5	☺	5	5
TOTALE SCHEDA DI BUDGET						100	100		100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore f.f. Dottoressa Marta Caltabellotta

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5	5
Performance e Appropriatelyzza	1	Monitoraggio obiettivi assegnati alle SS.CC. Ospedaliere	Progetto di ottimizzazione percorso di presa in carico pazienti da SC Medicina d'Urgenza		Al 30/6 Verifica esistenza percorso per la presa in carico pazienti da SC Medicina d'urgenza Dal 1/7 monitoraggio corretta applicazione percorso	costituzione di tre gruppi di lavoro ed applicazione dei protocolli dall'1/7/17	☺	18,5	18,5
			Aumento offerta ambulatoriale per colonscopia (Medicina Interna 1)		Monitoraggio incremento prestazioni, subordinatamente alla ammissione in servizio di nr 1 gastroenterologo	nessun incremento prestazioni entro il 2017 (nuovo medico presente da 28-7-2017) (***)	☹		
			PDTA trattamento delle varici in regime ambulatoriale e in DS (Chirurgia Vascolare di concerto con Day Week Surgery, Radiologia, Anestesia)		Al 30/4 verifica esistenza documento Al 30/6, 30/9 e al 31/12 monitoraggio incremento nr prestazioni in regime ambulatoriale di concerto con CCD	Le SSCC coinvolte hanno dichiarato di non poter raggiungere questo obiettivo (prot ID 56703691 del 9-11-2017)	☺		
			Progetto interdipartimentale ed interaziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari		Al 30/6/2017 verifica presentazione del progetto Al 31/12 monitoraggio formazione del personale coinvolto	Le date sono state modificate sul budget della Radiologia	☺		
			PDTA per invio fratture di femore a Osp Colletta da parte di Ortopedia, RRF, Ass Geriatrica, Cure Intermedie e DMO		Verifica elaborazione PDTA entro 30/4 e attivazione da 1/5	(**)	☺		



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore f.f. Dottoressa Marta Caltabellotta

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance e Appropriatazza	1	Monitoraggio obiettivi assegnati alle SS.CC. Ospedaliere	Progetto verbale sala operatoria		Verifica prima evidenza luglio 2017, sperimentazione iniziale presso blocco operatorio di chirurgia generale e vascolare di Villa Scassi ed applicazione presso tutte le SS.CC. chirurgiche di Villa Scassi entro dicembre 2017	date di inizio: CH GEN/VASC 10/7, DEA 14/12, ORTOP. 2/11, GIN/OST 12/12, URO 7/12. CENTRO USTIONI NON ANCORA PARTITO	☹		
			Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast		Verifica inserimento dati (Chirurgia generale, Oncologia, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager) di concerto con Settore Qualità	Vedi Relazione SC Direzione POU 19.03.2018 <i>Verificato inserimento dei dati Obiettivo raggiunto</i>	☺		



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore f.f. Dottoressa Marta Caltabellotta

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance e Approprietezza	2	Modifica ed integrazione Atto Aziendale, subordinatamente al nuovo impianto organizzativo aziendale definito sulla base del P.O.A. di A.li.sa.	Evidenza modifiche da apportare. Nuovo documento rivisto e corretto di concerto con il Direttore Dip. Giuridico, Direttore SC OSRU e S.C. Pianificazione, programmazione e organizzazione sanitaria		Entro 31/03 prima stesura atto di riorganizzazione aziendale Entro 31/05 seconda stesura nuovo atto aziendale Monitoraggio CCD	Modifica ed integrazione dell'Atto Aziendale assicurata nei tempi ed in accordo con le Direzioni sulla base della calendarizzazione richiesta da Alisa.	☺	15	15
	3	Proposta rimodulazione Posti Letto POU	Evidenza deliberazione		Entro 1/6 proposta di deliberazione	bozza inviata vedi allegato	☺	10	5
	4	Monitoraggio e Gestione Audit clinico con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Nr audit effettuati Evidenza relazione finale		100% degli audit effettuati Al 31/12 relazione sulle modalità e i tempi di monitoraggio dei cambiamenti introdotti	Nota ID 60156878 del 31.05.2018 Resp UGR: In data 29/3 è stata inviata comunicazione formale del tema alle strutture. Entro 31/12 le Strutture hanno rendicontato alla SS Gest Rischio Clinico attraverso trasmissione verbali di incontro Verbali agli atti Obiettivo raggiunto	☺	10	10
	5	Riorganizzazione SS.OO. Micone	Evidenza piano di riorganizzazione		Riorganizzazione SS.OO. Ospedale Micone alla luce della redistribuzione della day surgery ortopedica sulle sedi aziendali	ridistribuzione dell'attività ortopedica (*)	☺	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore f.f. Dottoressa Marta Caltabellotta

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance e Approprietezza	6	Allineamento delle anagrafiche in uso relative alle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e/o riferite ad altro regime consuntivale con quelle di Bilancio e CCD	Tabella di riconciliazione delle prestazioni Tabella aggiornata dei CdC/R		Monitoraggio semestrale andamento equilibrio attività istituzionale/libero professionale	report inviati nei tempi dal dott. Simonelli	☺	20	20
	7	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Attività assicurata nell'ambito del coordinamento e secondo le scadenze pattuite	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente scheda carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		☺	0	0
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Relazione SC OSRU: obiettivi raggiunti	☺	10	10
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								93,5	93,5
TOTALE SCHEDA DI BUDGET								98,5	98,5

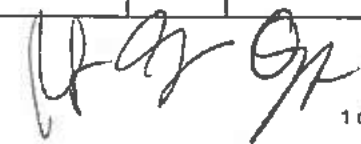


SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria

Direttore Dottore Guido Di Vito

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Il valore di spesa è stato mantenuto all'interno del tetto di budget assegnato	☺	5	5
							5	5
Performance	1	Adempimenti relativi al mantenimento certificazioni (secondo norma ISO di riferimento, 9001 - 14001)	Conseguimento Certificazione	Mantenimento del Certificato per ISO 9001 e 14001 per le Strutture ad oggi certificate (compreso percorso Breast Unit)	Norma ISO9001: certificazione confermata per le strutture storicamente certificate; Norma ISO14001: certificazione confermata per l'Ospedale La Colletta di Arenzano, unica struttura in possesso oggi di tale certificato	☺	10	15
	2	Modifica ed integrazione Atto Aziendale, subordinatamente al nuovo impianto organizzativo aziendale definito sulla base del P.O.A. di A.II.Sa.	Evidenza modifiche da apportare. Nuovo documento rivisto e corretto di concerto con il Direttore Dip. Giuridico, S.C. S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane e Staff della Direzione Sanitaria	Entro 31/03 prima stesura atto di riorganizzazione aziendale ed invio Direzione Strategica Entro 31/05 seconda stesura nuovo atto aziendale ed invio Direzione Strategica Monitoraggio CCD	Modifica ed integrazione dell'Atto Aziendale assicurata nei tempi ed in accordo con le Direzioni sulla base della calendarizzazione richiesta da Alisa.	☺	15	0
	3	pre-disposizione della documentazione finalizzata alla certificazione secondo norma ISO 9001/2008 di nuove strutture/percorsi aziendali: SSD Ingegneria linica - UFA-SSD Cure palliative	Evidenza dell'individuazione dei processi da sottoporre a certificazione per le strutture citate	entro Dicembre 2017 implementazione sistema gestione qualità aziendale finalizzata alla certificazione delle strutture citate	La scelta aziendale è andata nella direzione di individuare un supporto esterno a valenza biennale. La deliberazione è stata approvata in data 30 gennaio 2018 implicando lo slittamento sul 2018 delle attività riferibili inizialmente al 2017	☺	15	15
	4	Adempimenti relativi alla presentazione di 15 nuove istanze volte all'ottenimento dell'autorizzazione sanitaria per le strutture aziendali relativamente agli aspetti di competenza della S.C. - implementazione delle istanze presentate precedentemente	Deposito istanza presso i Comuni competenti	presentazione di 15 nuove istanze e monitoraggio sistema	L'attività oggetto degli obiettivi assegnati è fortemente influenzata dalla raccolta della documentazione riferita alle strutture oggetto di istanza: documentazione il cui possesso esorbita dall'ambito di azione della struttura. Sono state avviate nel frattempo tutte le attività di aggiornamento legale nel frattempo al cambiamento (variazione del legale rappresentante, ecc.)	☺	10	20



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria

Direttore Dottore Guido Di Vito

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance	5	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	La delibera regionale è intervenuta solo a dicembre 2017 (28/12/2017, delibera 1185). Il servizio ha suggerito di posticipare l'obiettivo per l'anno 2018.	☺	10	20
	6	Assegnazione Incarichi Professionali	Conferimento degli incarichi professionali dirigenziali, secondo le priorità e le indicazioni fornite dalla Direzione in collaborazione con la S.C. OSRU	Entro 31/12/2017, di concerto con SC OSRU: Conferimento degli incarichi professionali dirigenziali, secondo le priorità e le indicazioni fornite dalla Direzione.	Prime deliberazioni già entro il mese di marzo 2017 (150 del 29/03/2017). Tuttavia in attesa di approvazione del nuovo POA anche su base regionale, la Direzione a preferito sospendere. Decisione non rientrante nell'ambito di controllo della Struttura	☺	10	10
	7	Controllo cartelle cliniche P.O.U. Controllo cartelle cliniche Privato Accreditato	% cartelle soggette a controllo	garantire il controllo di almeno il 12,5% delle cartelle del P.O.U. ed il 100% delle strutture private accreditate	I controlli effettuati sull'attività ospedaliera dei presidi aziendali hanno raggiunto la percentuale del 13,25%, oltre dunque al 12,5 posto come obiettivo atteso. I controlli riferiti all'attività del privato accreditato alla data del 29/03/2018 è ancora in corso, ed è comunque riferita a complessivo numero dell'attività dallo stesso assicurata.	☺	15	15
	8	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 2017	i componenti degli uffici hanno partecipato a tutti gli incontri relativi al percorso di budget 2017 che si sono ultimati nel mese di aprile 2017.	☺	10	0
							95	95

TOTALE SCHEDA DI BUDGET

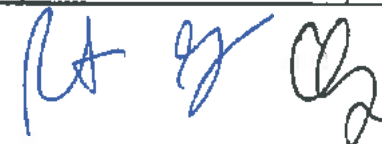
100

100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
SEGRETERIE DIREZIONALI

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Il tetto di spesa, escluso i dispositivi medici erroneamente imputati alle Segreterie Direzionali, è stato sostanzialmente raggiunto	☺	5
Performance	1	Uniformità criteri di archiviazione (cartacea e informatica) della corrispondenza	Definizione ed implementazione del piano archiviazione e dei codici di classificazione informatica delle segreterie delle tre direzioni aziendali	Entro il 31/12/2017 archivi della corrispondenza cartacea e fascicoli dei protocolli informatici standardizzati ed uniformi	Le segreterie hanno adottato criteri comuni di archiviazione e reso gli stessi tracciabili e coordinati con il protocollo informatico	☺	30
	2	Monitoraggio richieste di regione e comune per supporto a interrogazioni consiliari	1) costituzione di un registro analitico delle richieste pervenute con riferimenti delle fasi del processo 2) archiviazione specifica delle richieste e delle risposte a supporto delle interrogazioni	Entro il 31/12/2017 creazione di un report di sintesi delle richieste pervenute, delle risposte inviate e dei relativi tempi di evasione	Mediante un prospetto aggiornato è stato assicurato il monitoraggio di tutte le richieste pervenute da Regione e Comune con evidenza dei tempi medi di evasione: entro 2 giorni il 20%; entro 1 giorno il 50% e entro lo stesso giorno il 30% Relazione agli atti.	☺	25
	3	Attività di coordinamento e supporto nel favorire il corretto adempimento e il rispetto dei termini relativamente alle risposte da fornire ad utenti e cittadini a seguito di segnalazioni in collaborazione con l'urp	N. di interventi a supporto ed integrazione dell'attività dell'urp rispetto al totale delle segnalazione evase.	Almeno il 20% di interventi a supporto ed integrazione dell'attività dell'urp rispetto al totale delle segnalazione evase.	Tutte le segnalazioni che hanno visto coinvolte le segreterie sono confluite in un report allo scopo di monitorare l'effettivo supporto all'URP anche in termini di volume dei riscontri	☺	25
	4	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Tutta l'attività è stata assicurata entro i termini previsti ed assegnati (entro il 15/12/2017)	☺	10



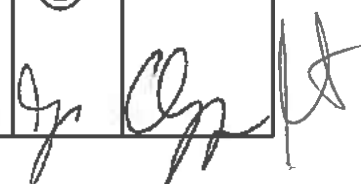
**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
 SEGRETERIE DIREZIONALI**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti comparto
	5	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati	☺	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente scheda carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			
							100

[Handwritten signature]

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
Staff Direzione Generale
Servizio di Prevenzione e Protezione

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti comparto
Performance	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/05/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2017	☺	5
	1	Formazione capillare Addetti Antincendio presso ogni struttura	Partecipazione degli Addetti Antincendio formati e presenti nelle strutture al 31 dic 2016 e convocati	Entro il 31/12 formazione di almeno il 30 % degli Addetti Antincendio presenti in ASL nelle loro sedi operative	216 partecipanti, numero massimo reso disponibile dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco per Asl3	☺	25
	2	Indagine Burnout in ambiente ospedaliero	numero interviste evidenza dei risultati di indagine e azioni correttive	da 1/4 interviste agli operatori coinvolti Entro 15/10 evidenza risultati analisi	Relazione sullo stato di rischio burnout del personale sanitario al 31/12/2017 mediante intervista	☺	20
	3	Individuazione del bisogno di ausili e verifica degli acquisti realizzati a seguito del precedente censimento	Verifica degli ausili in alcuni reparti ospedalieri e in alcune strutture territoriali, sinergia con i Medici Competenti per la gestione del personale con limitazioni	Raccolta e analisi dei dati del personale con limitazioni e rivalutazione nel 2018 con MAPO e MAPO ADVANCED nelle aree risultate a rischio elevato	L'attività di verifica degli ausili presenti, preliminarmente all'aggiornamento del fabbisogno registrato nel 2014 con la metodologia MAPO è stata effettuata. La relazione identifica gli ambiti risultanti più a rischio che saranno oggetto in via prioritaria nel 2018 secondo la metodologia MAPO e MAPO advanced.	☺	20
	4	Revisione della struttura delle schede di rischio per mansione utili al Documento di Valutazione dei Rischi	Coinvolgimento dei Datori di Lavoro Delegati per la ridefinizione delle schede	Entro il 31/12 Aggiornamento e adeguamento del 100% delle schede in relazione alle modifiche aziendali recenti	La revisione della struttura delle schede è stata avviata; sono state identificate le tipologie di fattori di rischio per ciascun ambito e/o mansione; appena confermati i nuovi assetti organizzativi costituiranno la base per l'aggiornamento del DVR pubblicato già nell'aprile 2017 e nell'ottobre 2017	☺	15



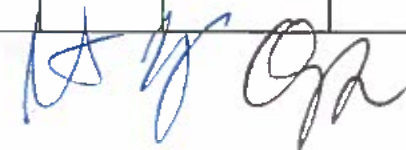
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
Staff Direzione Generale
Servizio di Prevenzione e Protezione

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti comparto
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Tutte le attività sono state assicurate nei tempi e modi previsti dalla scheda allegata	☺	10
Performance	6	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati	☺	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			
							100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S. SERVIZIO ISPETTIVO
Responsabile Dott. Alessandro Cataldo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance	1	Verifica attività libero - professionale intramuraria in collaborazione con Ufficio intramoenia	Verbali di verifiche effettuate di concerto con S.C. Direzione Amministrativa POU	Entro 31/12/2016 esito delle verifiche	In occasione di due riunioni di Commissione sono stati estratti a sorteggio 15 sedi di studi medici autorizzati per l'esercizio della Ipi. Sugli esiti dei controlli è stata presentata relazione alle Direzioni Amministrativa e Sanitaria	☺	25	25
	2	Monitoraggio e completezza documenti sito intranet e internet	Report trimestrale comprendente segnalazioni e anomalie rilevate.	entro 20 giorni dalla chiusura del trimestre invio alla direzione report relativo al trimestre precedente	Sono stati presentati alla Direzione Amministrativa 4 report ciascuno contenente le attività assicurate nel trimestre di esame con evidenza delle criticità	☺	20	20
	3	Monitoraggio e verifica sul rispetto, da parte dei dipendenti, della disciplina delle incompatibilità come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali, con particolare riferimento all'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 ed all'art. 1, commi 60, 61 e 62 della L. 662/1996.	report quadrimestrale	verifica su indicazione della commissione sorteggio, i cui verbali vengono inviati alla direzione	Trasmessa relazione alla Direzione Amministrativa sugli esiti dei controlli effettuati: autorizzazione ad incarichi, nulla osta, ecc.	☺	20	20



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
S.S. SERVIZIO ISPETTIVO
Responsabile Dott. Alessandro Cataldo

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	4	Controllo presenza in servizio del personale dipendente	Verbali di verifica presenze del personale	verifica presenza del personale sorteggiato su indicazione della commissione sorteggio, i cui verbali vengono inviati alla direzione	Assicurata relazione sulle verifiche effettuate ed assegnate per verifica presenze, tracciatura straordinari, utilizzo 104, utilizzo buoni pasto, utilizzo cartucce e stampanti, attività di pulizie, altre in ambito sanitario. I verbali sono stati consegnati alla Direzione Amministrativa	☺	25	25
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Le attività poste come obiettivo sono state tutte realizzate secondo piano e scadenze: vedi allegati	☺	10	10
							100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
UFFICIO STAMPA E RELAZIONI ESTERNE - URP
Responsabile f.f. Dottoressa Elisa Nerva

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Rispetto budget assegnato per il Piano di Comunicazione 2017	Importo budget	Rispetto budget assegnato con deliberazione aziendale	Spesa sostenuta entro i limiti di budget assegnati	☺	10	5
	2	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Spesa sostenuta entro i limiti di budget assegnati	☺	5	5
Performance	1	Corso di Comunicazione per URP e personale front office (Progetto macro URP)	Numero corsi organizzati	Entro il 31.12.2017: effettuazione di n. 1 corso (due edizioni)	Sono state assicurate due edizioni per il corso rivolto agli operatori di centralino e uno per gli operatori di Front Office per un totale di 40 partecipanti	☺	20	20
	2	Rispetto dei tempi di risposta ai reclami dell'utenza secondo il Regolamento di Pubblica Tutela (Progetto macro URP)	Tempi di risposta ai reclami	Chiusura dei procedimenti con tempi medi di risposta all'Utente inferiori a 30 giorni lavorativi. Invio con cadenza trimestrale al CCD con indicazione data di arrivo segnalazione e data di risposta	Tempi di risposta registrati: 1° Trim = 17 giorni 2° Trim = 17,4 giorni 3° Trim = 14,5 giorni 4° Trim = 16,98 giorni	☺	15	20
	3	Creazione sezione sito aziendale specifica riguardante i disturbi del comportamento alimentare in collaborazione con SSD Disturbi Alimentari	Attivazione sezione sito specifico Piena operatività	Entro 30/6 elaborazione sito Al 31/12 piena operatività e monitoraggio accessi da parte di URP	Creazione della sezione con 10 FAQ e risposte dei professionisti della SSD Disturbi Alimentari. L'utilizzo della sezione è stata anche messa sotto monitoraggio (verifica dell'interesse raccolto dalle pubblicazioni)	☺	10	10
	4	Progetto "Miglioramento flussi Comunicazione interna in relazione ai reclami" (Progetto macro URP)	Realizzazione di un progetto finalizzato al coinvolgimento e alla condivisione interna delle criticità relative ai reclami	Entro 30.06.2017: stesura del progetto; entro 31.12.2017: avvio del progetto.	L'esito del progetto finalizzato alla raccolta sistematica della tipologia dei reclami/elogi presentati è stato portato all'attenzione della cittadinanza in occasione della giornata della trasparenza, nonché portato all'attenzione delle Direzioni con finalità di condivisione delle aree di maggiore criticità e degne di attenzione	☺	5	5

Handwritten signatures and initials:
 AN
 GN

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017
UFFICIO STAMPA E RELAZIONI ESTERNE - URP
 Responsabile f.f. Dottoressa Elisa Nerva

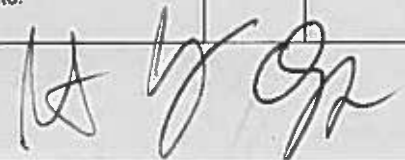
Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Nota	Punti dirigenza	Punti comparto
	5	Progetto "Qualità dell'informazione sul sito aziendale"	Realizzazione di un progetto volto a migliorare i contenuti informativi destinati all'utenza.	Entro 30.6.2017: stesura del progetto; entro 31.12.2017: Avvio del progetto	L'ampliamento dello spazio a disposizione delle news è stato assicurato anche mediante l'attivazione di un servizio multicanale (sito, mailing-list); il progetto è attivo.	☺	15	10
	6	Ideazione e realizzazione newsletter digitale	Numero newsletter realizzate	Entro il 31.12.2017: almeno due uscite	Fortemente integrato con il progetto richiamato più sopra. Newsletter assicurata settimanalmente	☺	10	10
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Le attività poste come obiettivo sono state tutte realizzate secondo piano e scadenze: vedi allegati	☺	10	10
Performance	8	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati	☺	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Il lavoro è stato assicurato secondo il piano e la metodologia assegnata dalla cabina di regia. Tutte le attività richieste hanno rispettato i termini assegnati			
							100	100



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

**S.C. Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore Avv. Lanzone Isabella**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	Obiettivo raggiunto. Il valore dei costi si è mantenuto sostanzialmente al di sotto del valore tetto assegnato.	☺	5	5
Performance	1	Attuazione dei contenuti di cui alla modifica del Regolamento per lo svolgimento di Attività Libero Professionale Intramuraria	Rispetto tempistica adozione deliberazione e attuazione contenuti - Agende con orario precedente alle ore 15.00 e revisione delle rispettive autorizzazioni (circa 100 agende/autorizzazioni) n. agende/autorizzazioni modificate	Attuazione dei contenuti: Entro il 30/04 modifica procedura per tutte le attività non ancora incluse nel programma Entro il 31/10 modifica delle agende e revisione rispettive autorizzazioni	Come da comunicazione ID n.58718275 del 16.3.2018 trasmessa al CCD agli atti le attività sono state effettuate nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	15	15
	2	Prenotazione centralizzata dell'attività intramoenia effettuata all'interno degli ambulatori aziendali e negli studi privati	Rispetto tempistica prenotazione centralizzata	Entro il 31/12 prenotazione centralizzata.	Come da comunicazione ID n.58718275 del 16.3.2018 trasmessa al CCD agli atti l'attività è stata effettuata nel termine previsto. Obiettivo raggiunto.	☺	15	15
	3	Aggiornamento e gestione delle agende dei singoli professionisti in funzione della prenotazione centralizzata (circa 400 agende)	n. agende aggiornate e gestite con le nuove modalità della prenotazione centralizzata	Entro il 31/10 aggiornamento delle agende. Entro il 31/12 gestione delle agende per la prenotazione centralizzata	Come da comunicazione ID n.58718275 del 16.3.2018 trasmessa al CCD agli atti le attività sono state effettuate nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	20	20
	4	Definizione procedura per l'individuazione dei POS da installare in tutti gli ambulatori e studi medici siti all'interno dell'Azienda	Evidenza procedura	Entro il 30/04/2017 proposta di procedura propeurica all'installazione dei POS Al 31/12/2017 numero POS installati in ambulatori e studi medici siti all'interno dell'Azienda Monitoraggio Direzione Amministrativa	Come da comunicazione ID n.58718275 del 16.3.2018 trasmessa al CCD agli atti le attività sono state effettuate nei tempi previsti :41 POS installati e 15 in installazione al 31.12. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10
	5	Allineamento delle anagrafiche in uso relative alle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e/o riferite ad altro regime consuntivale con quelle di Bilancio e CCD	Tabella di riconciliazione delle prestazioni Tabella aggiornata dei CdC/R	Monitoraggio semestrale andamento equilibrio attività istituzionale/libero professionale	Come da comunicazione ID n.58718275 del 16.3.2018 trasmessa al CCD agli atti le attività sono state effettuate nei tempi previsti :41 POS installati e 15 in installazione al 31.12. Obiettivo raggiunto.	☺	10	10



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

S.C. Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore Avv. Lanzone Isabella

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Risultati raggiunti al 31/12/2017	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance	6	Fondo di perequazione dei dirigenti medici (anni 2013-2015) definizione delle quote accantonate secondo contratto	Attivazione tavolo di contrattazione sindacale finalizzato al recupero delle pregresse annualità relative a quote fondo perequazione anni 2013-2015 di concerto con S.C. Amministrazione del Personale	Entro il 30/04/2017 attivazione tavolo Entro il 30/06/2017 liquidazione	Come da comunicazione ID n. 58718275 del 16.3.2018 trasmessa al CCD agli atti le attività sono state effettuate nei tempi previsti il 29.3 è stato attivato il tavolo e la liquidazione è avvenuta con le competenze del mese di giugno. Obiettivo raggiunto.	😊	15	15
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Come da comunicazione ID n. 58718275 del 16.3.2018 trasmessa al CCD agli atti le attività sono state effettuate nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	10	5
	8	Carichi di lavoro: Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività	Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione ID n. 58718275 del 16.3.2018 trasmessa al CCD agli atti le attività sono state effettuate nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	😊	0	5
		Carichi di lavoro: Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGrup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	Come da comunicazione ID n. 58718275 del 16.3.2018 trasmessa al CCD agli atti le attività sono state effettuate nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.			
							100	100

