

DELIBERAZIONE N. 253 DEL 30 APR. 2018


OGGETTO: Approvazione Piano Aziendale Budget 2018.

IL DIRETTORE GENERALE

Su conforme proposta del Direttore S.C. Centro di Controllo Direzionale;

Dato atto che:

- ✓ L'art. 3 – comma 6 – D.L.vo. 502/92 prevede che al Direttore Generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito Servizio di Controllo Interno di cui all'art. 20 del D.Lgs. 29/93, verificare mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa;
- ✓ L'art. 5, comma 5, lettera d), D.L.vo. 502/92 sancisce che le aziende sanitarie pubbliche sono obbligate a: "la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti, e dei risultati"
- ✓ la L.R. 42/94 artt. 16 e 17, a livello sanitario ligure, ha tradotto tali indirizzi con l'istituzione dei Centri di Controllo Direzionali (C.C.D.);
- ✓ Il D.Lvo. 229/99, inoltre, all'art 4, lettera b), comma 2, stabilisce che la "disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo" rappresenta parametro fondamentale per ottenere la conferma di qualifica di azienda ospedaliera;
- ✓ L'art. 1, lett. c) e d) del D.L.vo 286/99 stabilisce i principi generali del controllo interno con particolare riguardo alla valutazione del personale dirigente ed alla congruenza tra obiettivi definiti e risultati raggiunti;
- ✓ L'art.6 del D.Lgs. n.286/99 che fissa i principi della valutazione e del controllo strategico così recita: "l'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali asse-



gnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.”

- ✓ Gli artt. di cui al Titolo IV, Capo II della LR 10/1995 prevedono l'utilizzo del Sistema di Budget;

Richiamato il D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” ed in particolare l'art. 3, il quale, stabilisce, tra l'altro, che:

- ⇒ La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento;
- ⇒ Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative fino ai singoli dipendenti;
- ⇒ Le amministrazioni pubbliche adottano metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi;
- ⇒ Il rispetto dei principi in tema di misurazione, valutazione e trasparenza della performance è condizione necessaria per l'erogazione di premi legati al merito ed alla performance;

Rilevato come la S.C. Centro Controllo Direzionale, in qualità di organismo di supporto direzionale, svolga una funzione di promozione e coordinamento dei processi di programmazione e controllo aziendale;

Rilevato come la struttura abbia compiti di verifica ed analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'Azienda e delle sue componenti organizzative ed intervenga in tutte le attività di tipo gestionale che comportano raccolta, elaborazione e trasmissione di informazioni relative all'andamento aziendale sia sotto il profilo della complessità che dell'analisi dei livelli di performance raggiunti;

Considerato che tra gli strumenti di programmazione annuale e di valutazione delle attività va annoverato il processo di budget;

Dato atto che ASL 3 ha adottato, da diversi anni, la metodologia del processo di budget per valutare la performance organizzativa delle strutture aziendali;

Rilevato come, nel mese di dicembre 2017, si sia provveduto ad inviare tramite posta elettronica ai Direttori di Dipartimento/SS.CC. e SS.SS.DD. le “Linee guida aziendali Budget 2018” nelle quali si individuavano, oltre alle azioni e le fasi del processo in esame,

2

le aree di intervento strategiche critiche o rilevanti all'interno delle quali declinare i singoli obiettivi della scheda di budget;

Dato atto che il "Documento Programmatorio Budget 2018" è stato pubblicato nella intranet aziendale nella pagina "Controllo Direzionale";

Dato atto come la S.C. Centro di Controllo Direzionale, di concerto con S.C. Bilancio e Contabilità e la S.C. Pianificazione, Programmazione ed Organizzazione Sanitaria, abbia provveduto all'elaborazione delle schede di budget Anno 2018, sulla scorta delle linee aziendali e delle proposte intervenute da parte delle strutture interessate e abbia provveduto all'invio, tramite posta elettronica, ai Direttori di S.C. e di S.S.D. prima della data fissata per l'incontro al fine di condividere in via prioritaria l'impostazione ed i contenuti;

Dato atto che, a decorrere dal mese di gennaio, si sono svolti gli incontri di budget 2018 con la partecipazione della Direzione Aziendale, dei Direttori delle SS.CC./SS.SS.DD. e dei coordinatori infermieristici/tecnici;

Preso atto che gli obiettivi, concordati e condivisi in sede di discussione di budget, sono stati formalizzati per singola struttura organizzativa nella scheda di budget 2018;

Considerato che le schede firmate dalla Direzione Aziendale, corredate della documentazione a supporto oltre che di un foglio firma con l'elenco del personale appartenente alla struttura, sono state inviate ai Direttori delle diverse strutture organizzative affinché provvedessero a condividere con propri collaboratori gli obiettivi per l'anno 2018 e a sottoscrivere la scheda stessa;

Dato atto che, le Strutture Aziendali possono monitorare mensilmente il budget economico assegnato attraverso il portale di Business Intelligence SpagoBI, uno strumento per la raccolta automatizzata ed integrata dei dati derivanti da sistemi amministrativi-economici e di gestione delle risorse umane che consente alle strutture organizzative aziendali di accedere in modo autonomo alle informazioni di loro competenza;

Rilevato come, altresì, il C.C.D. provveda, in parallelo, a monitorare l'andamento del budget economico delle singole strutture;

Dato atto, altresì, come il C.C.D. provveda ad inviare con cadenza mensile e/o trimestrale i report di verifica e controllo sull'attività ospedaliera e ambulatoriale;

Visti gli accordi sindacali tra Azienda, R.S.U. e le OO.SS. del comparto con i quali viene destinato parte del Fondo della produttività collettiva ai progetti denominati "Schede di budget";

Dato atto, altresì, che gli accordi intervenuti con le organizzazioni sindacali della dirigenza prevedono la corresponsione di parte della retribuzione di risultato legandola, tra l'altro, al raggiungimento degli obiettivi della scheda di budget;

Ravvisata pertanto la necessità di formalizzare il "Documento Programmatorio Budget 2018" e contestualmente le schede di budget Anno 2018;

Visto il D.Lgs 30/12/1992, n° 502 e successive modificazioni;

Vista la L.R. 08/02/1995 n°10 e successive modificazioni;

Vista la L.R. 07/12/2006 n° 41 e successive modificazioni;

Su parere conforme del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA



1. di approvare il “Documento Programmatico Budget 2018” di cui all’allegato contraddistinto dalla lettera “A”, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di prendere atto del documento denominato “Schede di Budget Anno 2018” di cui all’allegato contraddistinto dalla lettera “B”, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di riservarsi di integrare le “Schede di Budget Anno 2018”, successivamente all’imminente approvazione dell’Atto Aziendale e del Piano di Organizzazione Aziendale da parte di A.Li.Sa., per le eventuali strutture coinvolte dalla revisione intervenuta degli assetti organizzativi di Asl3;
4. di dare atto che la S.C. Centro di Controllo Direzionale provvederà periodicamente al controllo sui budget assegnati alle strutture organizzative aziendali;
5. di trasmettere il presente provvedimento alla prima convocazione utile dell’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ai fini delle valutazioni di competenza previste ai sensi dell’art. 14 c.4 lettera a) del D. Lgs.vo 150/2009;
6. di procedere ai sensi del Decreto sulla Trasparenza e Anticorruzione, alla pubblicazione del presente provvedimento sul sito internet istituzionale all’interno della sezione dedicata (Amministrazione Trasparente);
7. di dare atto che il raggiungimento degli obiettivi definiti con la scheda di budget Anno 2018 ha valenza per l’attribuzione dell’indennità di risultato e di produttività collettiva;
8. di dare atto che il presente provvedimento è composto da 4 pagine e 2 allegati, denominati allegato A) Documento Programmatico Budget 2018, composto da 12 pagine, e allegato B) Schede di Budget 2018, composto di 450 pagine.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dottore Luigi Carlo BOTTARO)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Avvocato Luigi BERTORELLO)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dottore Paolo CAVAGNARO)

IL DIRETTORE
S.C. CENTRO CONTROLLO DIREZIONALE
(Dottore Stefano GREGO)

Pubblicata all’Albo dalla data

3 MAG. 2018

Il Responsabile

Genova, 27 dicembre 2017

Documento Programmatico Budget 2018

S.C. Centro di Controllo Direzionale
Dott. Stefano GREGO

Premessa

Il percorso di Budget 2018 inizia come di consueto all'interno delle cornice temporale che vede le Direzioni Aziendali interrogarsi nel mese di dicembre sulle modalità di azione riferite all'anno successivo.

Anche se ad oggi non risulta confermata formalmente la previsione delle risorse assegnate per l'anno 2017, molte sono, tuttavia, le novità delle quali occorrerà tenere in giusta considerazione nella programmazione dei servizi di competenza con i consueti caratteri di sostenibilità e qualità insite nei servizi per la tutela e prevenzione della salute e di risposta ai bisogni sanitari del bacino di utenza.

Innanzitutto la conferma dei mandati di Alisa in merito al coordinamento e gestione di particolari attività precedentemente previste in seno alla Asl.

Il 5 dicembre u.s. è stato definitivamente approvato il nuovo Piano Socio Sanitario 2017-2019 con Delibera del Consiglio Regionale n. 21, al termine di un percorso avviato già nel mese di agosto per le necessarie e dovute consultazioni con le parti sociali.

I contenuti che emergono obbligano le Direzioni a profonde considerazioni sui modelli organizzativi da attuare che, se da una parte possono rappresentare un incontro più adeguato alle necessità di presa in carico del paziente/cittadino, dall'altra richiedono agli operatori coinvolti la previsione di iniziative che dall'attuale organizzazione assicurino senza discontinuità alcuna un processo di miglioramento dei servizi in un'ottica di integrazione non solo ospedale/territorio ma anche tra i diversi professionisti che in essi operano.

Gli investimenti nei sistemi informatici ed informativi di supporto costituiscono evidentemente il più importante valore aggiunto nella definizione dei nuovi percorsi assistenziali e di cura: percorsi che dovranno inevitabilmente rispettare le indicazioni del D.M. 70/2015 a garanzia della minimizzazione del rischio, miglioramento della qualità e, dunque, della complessiva sostenibilità.

L'obiettivo insito in questa nuova previsione organizzativa è quello di assicurare anche migliori condizioni di lavoro a vantaggio di tutti i professionisti del settore.

Tutto ciò avviene in un contesto in continua evoluzione sia dal punto di vista delle tecnologie disponibili, delle informazioni fruibili da parte dell'utenza sempre più consapevole della propria condizione di salute e più esigente in merito alle risposte ai propri bisogni.

L'andamento demografico ci obbliga a valutare quali possano essere le migliori risposte di servizio tenuto conto della prevalenza di un paziente medio più comorbido, multi-lingue e più frequentemente straniero, maggiormente orientato alla mobilità e, dunque, a interrogarci sull'appropriatezza dello stesso setting di offerta.

Si tratta, tuttavia, dello stesso trend anagrafico presente anche all'interno delle stesse strutture sanitarie: il blocco delle assunzioni ed il prolungamento della vita lavorativa hanno determinato un innalzamento dell'età media degli stessi operatori costretti, da un lato a farsi carico di problematiche sociali talvolta comuni, e dall'altro ad operare anche in contesti che richiedono sempre più familiarità con le nuove tecnologie.

Le statistiche evidenziano come la popolazione al di sopra dei 64 anni abbia raggiunto ormai oltre il 28% ed è in tendenziale incremento e la natalità conferma valori ancora al di sotto della mortalità. Dal punto di vista dell'urbanizzazione emerge che oltre l'85% della popolazione è residente in aree litoranee e in ambito cittadino (sotto i 25 metri s.l.m.).

La programmazione di nuovi modelli di servizio dovrà, dunque, confrontarsi con questa realtà in divenire, sia esterna che interna all'azienda.

In questo contesto, a seguito delle analisi effettuate da ciascun servizio e raccolte nei diversi incontri avuti con le Direzioni dipartimentali, si possono, dunque, sintetizzare di seguito le principali caratteristiche emergenti della Mission di Asl3 e che vengono qui confermate.

Principali caratteristiche della Mission di ASL 3:

- Assicurare, tramite tutte le tecnologie disponibili, un'efficace presa in carico dell'assistito
- Creare un percorso di cure integrato che riesca ad assicurare quanto previsto dal PDTA condiviso dai professionisti nel modo più tempestivo ed efficiente
- Valorizzare le ricchezze di contributo e le esperienze già in essere che abbiano anticipato una visione del servizio in rete infra-aziendale o inter-aziendale, e sviluppare il sistema delle reti anche con gli altri soggetti insistenti sull'area Metropolitana (Aziende Ospedaliere, Comuni, Associazioni, strutture accreditate) sulla base degli indirizzi assegnati ai DIAR;
- Attivazione di progetti pilota per la creazione di Programmi per la continuità assistenziale in particolare negli ambiti cardiovascolare e malattie dell'invecchiamento;
- Assicurare un'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento associata ad una verifica dei fattori di rischio salute presenti e finalizzata, tra l'altro, alla predisposizione sperimentale di indicatori di rischio salute ai quali far correlare livelli di finanziamento del fondo sanitario regionale e della quota capitaria
- Valorizzare le esperienze positive di collaborazione pubblico/privato in un'ottica di risparmio mediante il finanziamento delle sole attività "fulcro"
- Creare alleanze con il mondo della formazione universitaria finalizzate alla programmazione preventiva del fabbisogno di risorse umane sulla base delle competenze necessarie e degli assetti organizzativi, in un'ottica di miglioramento della professionalità in ogni ambito e regime
- Assicurare che oltre all'appropriatezza clinica vi siano evidenze nelle scelte di appropriatezza organizzativa, a vantaggio della minimizzazione del rischio clinico e finalizzata a garantire la prossimità di cure più efficace e sostenibile
- Assicurare il coinvolgimento delle comunità nelle scelte di fondo che impegnano l'azienda nella definizione del livello di risposta più appropriato dal punto di vista organizzativo, incrementando i livelli di attività delle Strutture Complesse Ospedaliere, ridefinendo la "Mission" delle stesse anche in funzione di una evidenza di specializzazione che tenga conto di volumi minimi di attività previsti dal Decreto "Balduzzi";
- Orientare maggiormente le strutture ospedaliere su specifiche linee di attività evitando la riproposizione di prestazioni presso più sedi con tra l'altro il non rispetto dei volumi minimi di attività di cui sopra; tutto questo presuppone anche l'utilizzo di procedure di mobilità e interscambiabilità dei professionisti estremamente snelle;
- Ampliare ulteriormente l'offerta dell'attività operatoria e specialistica nelle fasce pomeridiane attraverso una rivisitazione complessiva dei nastri lavorativi;
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione attraverso l'utilizzo di altri setting assistenziali;
- Migliorare la qualità dell'assistenza e della soddisfazione degli utenti nei Pronto Soccorso;
- Ricondurre agli standard regionali il numero di prestazioni di diagnostica strumentale per i residenti ASL 3 continuando nell'opera di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva;
- Consolidare gli ottimi risultati raggiunti nel settore dello screening;
- Razionalizzare le sedi di erogazione dell'attività distrettuale concentrando le attività al fine di garantire almeno una sede per Distretto aperta sulle 12 ore e il sabato mattina;

- Migliorare la governance della specialistica ambulatoriale, attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori che intervengono nel processo ossia Dipartimenti Ospedalieri, Dipartimento Cure Primarie, Specialisti Convenzionati (ex Sumai), anche attraverso l'elaborazione di pacchetti di percorso e messa a Cup delle relative agende;
- Monitorare e Governare le liste di attesa per tutte le attività rivolte al cittadino (Specialistica ambulatoriale; prestazioni ospedaliere; prestazioni socio-sanitarie residenziali per anziani, disabili; prestazioni domiciliari; prestazioni medicina legale; ecc.);
- Sviluppare il sistema delle cure intermedie;
- Potenziare il sistema della rete informatica territoriale attraverso il monitoraggio e l'allineamento dell'anagrafica;
- Migliorare i flussi informativi aziendali anche attraverso la costante manutenzione di tutti gli applicativi che alimentano il data-warehouse aziendale con conseguente pieno utilizzo del cruscotto direzionale;
- Introdurre il budget della Medicina Generale ai fini di coinvolgere gli MMG e i PLS nella gestione del Distretto e nel governo della domanda;
- Ridefinire nuove forme di progettualità con i MMG al fine della presa in carico del paziente cronico;
- Implementare le forme di assistenza proattiva nei servizi distrettuali;
- Attuare il processo di razionalizzazione e riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione al fine di semplificare e velocizzare il sistema di offerta e di erogazione delle prestazioni, anche concentrando le sedi;
- Assicurare un equilibrio economico-finanziario nella gestione del patrimonio immobiliare e mobiliare in un'ottica di valorizzazione degli investimenti effettuati
- Assicurare la focalizzazione, ossia la sempre maggiore correlazione del tipo di attività con il livello di intensità degli investimenti, a vantaggio dell'efficacia (abbattimento liste di attesa) e dell'efficienza (economicità dei processi attivati)
- Assicurare delle responsabilità specifiche per la conduzione di programmi e progetti innovativi e di cambiamento a garanzia del necessario coordinamento delle iniziative
- Mettere in atto gli adempimenti correlati all'applicazione della L. 9 del 17.02.2012 relativi alla chiusura degli OPG;
- Completare il processo di certificazione di bilancio;
- Continuare nel percorso di valorizzazione delle potenzialità presenti in Azienda;
- Supportare la Regione e ALISA nella definizione delle nuove modalità di esercizio e collaborazione alla luce dei Dipartimenti Interaziendali Regionali e nella definizione dei budget collegati allo scopo di identificare il nuovo modello di finanziamento e incentivazione di sistema

Obiettivi generali dell'azienda nel triennio 2018-2020

Lo scenario descritto, e riferito alle caratteristiche socio-demografiche di contesto, impegnano la Asl3 nella verifica non solo sull'adeguatezza degli assetti organizzativi delle strutture di offerta, ma anche nella verifica di adeguatezza del sistema informativo a supporto delle decisioni finalizzate all'individuazione delle iniziative di tutela e prevenzione della salute, al coinvolgimento più consapevole del cittadino/paziente nella valutazione dei percorsi di cura e assistenza, nell'ottica della condivisione delle modalità più appropriate di indagine sullo stato di salute e di risposta ai bisogni espressi.

A tale scopo si sintetizzano di seguito gli obiettivi generali riferibili al triennio 2018-2020, e suddivisi per Livelli Essenziali di Assistenza, per il raggiungimento dei quali occorrerà, secondo le priorità ritenute più urgenti, intervenire in differenti ambiti o aree di azione.

LEA 1

. Cruscotto indicatori di rischio per la salute

(Dalla verifica dei fattori di rischio alla sintesi degli indicatori di rischio per ambito territoriale)

. Osservatorio socio-sanitario integrato e campagne educazionali mirate

(Costruzione di cruscotti utili alla programmazione socio-sanitaria e alla promozione dell'utilizzo appropriato del SSR)

. Consolidamento dei dipartimenti Prevenzione ed Emergenza

(Verifica e conferma dei perimetri di mandato e delle relazioni con gli altri servizi)

LEA 2

. Riorganizzazione dei servizi socio-sanitari

(Verifica e conferma dei nuovi ambiti d'azione e delle interdipendenze)

. Attivazione di Programmi per la continuità assistenziale

(Valorizzazione dei progetti per la continuità già in essere e definizione di ulteriori)

. Piano di monitoraggio delle cronicità e ridefinizione della presa in carico

(Verifica delle cronicità prevalenti e valutazione dei percorsi di cura)

LEA 3

. Riorganizzazione degli assetti sulla base delle vocazioni emergenti

(Verifica della produzione in un'ottica di minimizzazione del rischio)

. Gestione della variabilità

(Implementazione di una reportistica a supporto della gestione operativa)

. Integrazione con il territorio e ridefinizione della logistica dei pazienti

(Integrazione e coordinamento dei servizi a sostegno della continuità)

Aree strategiche di intervento

Nell'ambito di talune delle seguenti Aree potranno approfondirsi anche in modo autonomo la percorribilità di iniziative volte al miglioramento continuo e alla sicurezza delle risorse in uso, giusto sulla base degli obiettivi di mandato propri della Asl3.

In altre, invece, sarà più cogente la necessità di un confronto diretto con regione e/o ALISA al fine di condividere scopi e strumenti di azione.

Tecnologie dell'informazione e della comunicazione

(Integrazione del percorso di cura, ottimizzazione della presa in carico, fruibilità delle informazioni nel luogo e nel tempo richiesto dall'intervento richiesto o programmato, condivisione delle informazioni utili alla crescita delle competenze, integrazione e/o correlazione tra informazioni di tipo amministrativo e clinico-assistenziale o sanitario, fruibilità delle informazioni a tutela del patrimonio e della sicurezza operativa, sintesi degli indicatori di rischio della popolazione a vantaggio della programmazione della risposta sanitaria, ecc.)

Tecnologie biomedicali per la prevenzione, diagnosi e cura del paziente

(Ammodernamento del parco attrezzature e apparecchiature biomedicali in un'ottica di gestione economica ed in sicurezza, utilizzo di apparecchiature fortemente integrate con il sistema informatico-informativo aziendale, dimensionamento del fabbisogno attrezzature sulla base dei nuovi assetti di cura e assistenza previsti dal programma per la continuità delle cure, ecc.)

Gestione della presa in carico

(Miglioramento della relazione tra i pazienti ed i professionisti [Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti in genere] e definizione del percorso di cure complessivo da assicurare per l'appropriata risposta sanitaria e tutela della salute)

Strategie di finanziamento istituzionale e di auto-finanziamento percorribili

(Valutazione e verifica di percorribilità di finanziamenti ulteriori: sviluppo ulteriore dell'attività resa in regime di solvenza, valutazione dei progetti di risparmio in ottica "dividendo dell'efficienza", sperimentazioni progetti di valenza regionale, ecc.)

Accordi contrattuali e sinergie con strutture pubbliche o private esterne

(Logistica dei pazienti, logistica della documentazione clinica ed amministrativa, logistica dei materiali, condivisione delle funzioni di reclutamento risorse umane, valutazione delle condizioni di condivisione nell'utilizzo degli spazi ad uso sanitario e per lo stoccaggio)

Strategie per la tutela del patrimonio immobiliare e mobiliare e la sua gestione economica (massimizzazione del rapporto costo/ valore della produzione esprimibile) ed in sicurezza (riduzione del rischio)

Modelli organizzativi che valorizzino la partecipazione degli operatori per lo sviluppo di processi e procedure finalizzate al miglioramento continuo delle performance (introduzione sperimentale di audit anche in area tecnica e amministrativa allo scopo di condividere modalità di recupero del tempo nell'espletazione delle funzioni di competenza)

Finalità e misura delle priorità di investimento nel triennio 2018-2020

Le iniziative progettuali saranno valutate per gli scopi espressi, per le risorse impegnate, per gli ambiti affrontati, sulla base del grado di crescita e sviluppo che le stesse vorranno assicurare all'organizzazione aziendale. E su tale base saranno anche pesate.

- Crescita del valore espresso dall'azienda anche nella sua misurabilità
- Crescita delle competenze professionali e dell'Empowerment del Cittadino Consumatore
- Crescita del senso di appartenenza
- Sviluppo di una programmazione e di una strumentazione che faciliti la puntualità nell'assolvimento degli impegni

La declinazione della strategia in obiettivi annuali

OBIETTIVI DELL'ALTA DIREZIONE PER L'ANNO 2018

- 1. Sistemi Informativi, Programmazione e Controllo e Tecnologie della Comunicazione e per la Trasparenza:**
 - a. Accoglienza/ contatto con l'utenza;
 - b. Sicurezza nella gestione delle informazioni (Debiti informativi Area sanitaria e tecnico-amministrativa, DPO, Disaster Recovery, Monitoraggio DPC, ecc.);
 - c. Sistemi di supporto alla gestione di progetti complessi e della loro rendicontazione
- 2. Ammodernamento del parco apparecchiature biomedicali e attrezzature:**
 - a. Supporto programmato alle esigenze per la continuità in sicurezza delle cure;
- 3. Iniziative di tutela del patrimonio immobiliare e di gestione economica ed in sicurezza dello stesso:**
 - a. Supporto programmato alle esigenze di adeguamento per la sicurezza degli ambienti;
 - b. Supporto programmato alle esigenze di accreditamento delle strutture
- 4. Gestione unitaria e condivisa di obiettivi, progetti sperimentali, fondi e sistemi incentivanti:**
 - a. Accentramento e condivisione degli obiettivi, dei risultati attesi, delle verifiche e validazione delle performance su progettualità varia e del sistema premiante collegato
- 5. Progressiva estensione e aggiornamento del Sistema di Gestione del Rischio secondo il modello CARMINA, del Sistema Qualità e di Certificazione ISO 9000:**
 - a. Potenziamento a supporto dei processi di revisione dei Sistemi di Gestione del Rischio, della Qualità e passaggio al sistema di Certificazione ISO 2015

L'Azienda, dunque, prende atto degli aggiornamenti istituzionali intervenuti nel corso dell'ultimo anno e necessariamente procede con l'aggiornamento degli ambiti di intervento declinati negli anni precedenti, che saranno sintetizzati nella scheda di budget in due macro aree: obiettivi assegnati dall'Alta Direzione e obiettivi di Area da assicurare per il raggiungimento degli obiettivi economici e di qualità.

Per alcuni processi clinici, gli indirizzi operativi di supporto alle valutazioni sull'individuazione degli obiettivi di budget sono guidati dalle seguenti analisi:

- “Il sistema di valutazione delle performance di alcune regioni Italiane” elaborato dalla Scuola Superiore Sant'Anna, ossia come la nostra Azienda si posiziona nel bersaglio rispetto ai vari indicatori monitorati;
- “Il Programma Nazionale Esiti (PNE)”, ossia il progetto sviluppato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), per conto del Ministero della Salute, che fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario.

LO STRUMENTO OPERATIVO

Il Processo di Budget

Il processo di budget è uno strumento di programmazione e di controllo delle attività dell'azienda che consiste nella definizione tra Direzione Aziendale, Dipartimenti e Strutture dei risultati da raggiungere durante l'anno e delle necessarie risorse umane, tecnologiche e finanziarie di cui dotarsi.

E' soprattutto strumento guida affinché l'attività delle varie componenti aziendali sia indirizzata verso gli obiettivi prefissati e sia riorientata in caso di scostamento dagli stessi, motivando e spronando le varie strutture al raggiungimento degli obiettivi.

Le sue caratteristiche fondamentali, trattandosi di un processo regolare e sistematico, sono:

- Il riferimento ad un intervallo particolare, di solito l'anno solare,
- L'esplicitazione delle argomentazioni anche in termini economici e finanziari,
- Il riferimento alle specifiche responsabilità organizzative aziendali (Chi è che fa cosa) e quindi l'articolazione coerente con le aree di responsabilità presenti in azienda e con le relazioni di reciproca interdipendenza esistenti tra le varie unità organizzative della stessa,

- L'esplicitazione degli obiettivi in termini operativi, ossia sintetici e quantitativi, misurabili e verificabili (es. numero e tipologie di interventi chirurgici in un dato periodo di tempo),
- La garanzia di una visione coordinata e globale della gestione economica (identificazione delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi).

In sintesi rappresenta una migliore modalità di assunzione delle decisioni attraverso una maggiore razionalità, trasparenza ed unitarietà spaziale/temporale delle stesse.

E' soprattutto uno strumento di coordinamento ed integrazione in quanto presiede alla progressiva disaggregazione degli obiettivi generali d'azienda in sotto-obiettivi che devono essere coerenti con le responsabilità delle varie unità organizzative; ma è anche uno strumento di motivazione in quanto orienta i comportamenti individuali e di gruppo verso scopi condivisi, contribuendo a creare un clima organizzativo favorevole e senso di appartenenza aziendale.

Il percorso non è quindi appannaggio esclusivamente di coloro che partecipano all'incontro di budget ma deve essere partecipato da ogni persona che lavora e vive nella nostra azienda in quanto soggetto attivo della stessa. Tale partecipazione sarà assicurata nel corso del 2018 mediante una pubblicazione periodica sulla Intranet aziendale accessibile a tutti gli operatori coinvolti.

In ambito di contrattazione integrativa aziendale è definito, ai fini della erogazione della retribuzione di risultato, un sistema premiante attraverso la sottoscrizione di accordi con le OO.SS. del comparto e con le OO.SS. delle aree della dirigenza, che mette in relazione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009, il sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale, definito dal percorso di budget, al sistema di misurazione e valutazione della performance individuale.

La negoziazione di Budget è organizzata per Dipartimenti ed è condotta dalla S.C. Centro di Controllo Direzionale di concerto con la S.C. Programmazione ed Organizzazione Sanitaria.

Vi partecipano:

- ✓ il Direttore Sanitario, il Direttore Sociosanitario e il Direttore Amministrativo;
- ✓ il Direttore del Dipartimento;
- ✓ i Direttori delle Strutture Complesse e i Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali afferenti il Dipartimento;

- ✓ i Coordinatori Infermieristici/Tecnici o i Collaboratori Amministrativi/tecnici con posizione organizzativa nel Dipartimento.

Inoltre, partecipano, a seconda della competenza e della trattazione:

- ✓ i Direttori Medico e Amministrativo del Presidio Ospedaliero Unico;
- ✓ il Direttore S.C. Professioni Sanitarie o suo delegato;
- ✓ il Direttore della S.C. Attività Farmaceutiche.

Le fasi del processo di budget

Il processo di budget è articolato nelle seguenti fasi:

Fase 1 - da completarsi entro 31 Dicembre 2017

- Elaborazione Linee Guida Anno 2018 e contestuale diffusione alle strutture organizzative aziendali.

Fase 2 – da completarsi entro Febbraio/Marzo 2018

- Negoziazione di Budget:
 - la S.C. Centro di Controllo Direzionale, di concerto con S.C. Programmazione ed Organizzazione Sanitaria, elabora la scheda di budget Anno 2018 anche sulla base delle prime indicazioni che dovranno pervenire entro il giorno 15 gennaio 2018 da parte delle diverse Direzioni di Dipartimento;
 - Entro il mese di Gennaio 2018 viene programmato l'incontro in plenaria per la presentazione generale degli obiettivi e la definizione della scheda di budget che sarà oggetto di approfondimento con le Direzioni appartenenti al Dipartimento;
 - Entro il mese di Febbraio 2018 si svolgono le discussioni di budget secondo il calendario programmato con sottoscrizione delle schede da parte dei Direttori e dei Responsabili.

Fase 3 – Entro Marzo 2018

- Verifica che gli obiettivi assegnati siano in linea con gli obiettivi eventualmente assegnati dalla Regione Liguria alla Direzione Generale nell'anno 2018;
- Verifica di compatibilità delle risorse assegnate con i vincoli di bilancio;
- Predisposizione della Delibera aziendale delle schede di budget approvate.

Fase 4 – Ottobre 2018

- Verifica dell'andamento gestionale sul monitoraggio semestrale ed eventuale adeguamento del budget, ove necessario; con contestuale invio del monitoraggio.

Fase 5 – Entro Aprile 2019

- Chiusura ed invio delle schede a consuntivo dell'anno 2018;
- Raccolta osservazioni dei Direttori/Responsabili di Struttura sui dati inviati.

Fase 6 – Entro Giugno 2019

- Analisi monitoraggi e osservazioni da parte del Nucleo di Valutazione Aziendale;
- Invio dei risultati alla struttura Affari del Personale per la liquidazione della retribuzione di risultato.

La Scheda di Budget

Tramite la negoziazione, si perviene alla definizione della Scheda di Budget, che consiste in un documento formale, redatto secondo uno schema prefissato, che traduce gli obiettivi aziendali in elementi quantificabili e monitorabili.

La Scheda di Budget raccoglie gli obiettivi indicati dall'Alta Direzione e gli obiettivi di Area, che, insieme, identificano le priorità aziendali esplicitate in premessa; per ogni area possono essere indicati uno o più obiettivi operativi.

Per ogni obiettivo, la scheda individua

- Indicatore di Risultato, ossia con quale parametro si andrà a misurare l'obiettivo;
- Monitoraggio al 31 dicembre 2017, ossia lo stato dell'arte dell'anno precedente che costituisce il valore storico da cui partire per fare le valutazioni;
- Risultati attesi Anno 2018, ossia quale è il valore atteso rispetto all'indicatore di risultato individuato;
- Punti, ossia il punteggio assegnato al personale, in caso di raggiungimento dell'obiettivo; la somma dei punteggi attribuiti ai singoli obiettivi è 100.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è verificato in sede istruttoria dalla S.C. Centro di Controllo Direzionale, di concerto con la S.C. Programmazione ed Organizzazione Sanitaria, applicando per ogni obiettivo gli indicatori misurabili e/o parametrici individuati nella scheda.

Per ciascun indicatore, tenuto conto dell'unità di misura convenzionalmente definita, verrà stabilito uno scostamento minimo accettabile dal valore atteso.

La determinazione del punteggio finale del Centro di Responsabilità (Struttura Complessa/Struttura Semplice Dipartimentale), per la fase istruttoria a carico della Struttura Centro di Controllo Direzionale, è data dalla somma delle performance conseguite per i singoli obiettivi.

Per i soli progetti indicati dall'Alta Direzione come obiettivi prioritari, sarà tracciata in via sperimentale per l'anno 2018, la mappa strategica secondo il modello della Balanced Scorecard, allo scopo di individuare gli Indicatori Chiave ed i rispettivi valori attesi per il successo delle iniziative di investimento, per ciascuna area a valenza strategica per il progetto, che troveranno una declinazione specifica, quando sarà ritenuto necessario differenziare il diverso contributo del personale di comparto da quello dei dirigenti coinvolti e delle Direzioni.

Tra gli obiettivi di Area, uno a scelta tra indicatori di dispersione o di variabilità, sarà individuato, su indicazione delle Direzioni di Dipartimento, come Obiettivo Sfidante per la durata di tre anni, e sarà verificato periodicamente tramite il sistema di reporting attivato per tale monitoraggio.

Il Sistema di Reporting di supporto

Indicatori di Dispersione

- *(n. di sedi per medesima attività (ricovero, ambulatoriale, ecc.) per bacino di utenza)*

Indicatori di Variabilità

- *(indicatore di performance differente con riferimento ad attività ritenuta standard, anche in diversa sede)*
- *Grafico dei box-plot e/o delle campane delle degenze e/o dei tempi di attesa che identificano la Media, Mediana e Deviazione Standard*

Indicatori PNE

Indicatori S. Anna

Il Direttore

Dott. Stefano Grego



Allegato B)

Deliberazione n. 253 del 30/4/2018



Asl3

Sistema Sanitario Regione Liguria

SCHEDE DI BUDGET

ANNO 2018

PER DIPARTIMENTI

SS.CC.

SS.SS.DD.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Dipartimento di Prevenzione
Direttore f.f. Dottoressa Tiberia Boccardo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Analisi ed eventuale rimodulazione dei percorsi e delle procedure dipartimentali e di singola struttura finalizzato anche al conseguimento della certificazione ISO 9001 : 2015	Analisi di almeno 3 procedure trasversali rappresentative delle diverse Strutture del Dipartimento.		entro il 31 Dicembre 2018 stesura e/o revisione delle procedure individuate	<i>dipartimento</i>	25	25
	2	Rafforzamento della riorganizzazione funzionale del DP attraverso un processo di valutazione delle sedi per giungere ad una concentrazione delle stesse allo scopo di semplificare e ottimizzare il sistema di offerta e di risposta al cittadino in termini di qualità e appropriatezza.	Completamento della analisi delle attuali sedi. Evidenza di progetto di accorpamento/ concentrazione delle sedi e loro riallocaimento.		Proposta, entro il 30 Settembre 2018, alla Direzione Aziendale del programma di ricollocamento delle sedi del Dipartimento di Prevenzione.	<i>dipartimento</i>	30	30
	3	Revisione organizzativa del dipartimento Prevenzione finalizzata alla verifica degli adempimenti LEA: risorse in dotazione e debiti informativi obbligatori	Evidenza progetto Verifica Attività LEA Verifica Strumentazione Informatica Proposte di sviluppo		Entro il 30/06/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	<i>Dipartimento/ CCD</i>	25	25
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Direttore f.f.
Dipartimento di Prevenzione
Dottoressa Tiberia Boccardo

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza: Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) 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 09/11/2018.
2) 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.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Trasmettere al Responsabile (RPCT): a) relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, mediante la redazione di relazioni/questionari (il cui facsimile sarà inviato dal RPCT) entro il 09/04/2018; b) tabelle aggregate sulla gestione e sul trattamento del rischio.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione
Direttore f.f. Dottoressa Ersilia D'Aste

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
	1	Registrazione/riconoscimento di stabilimenti del settore alimentare ai sensi della normativa vigente Gestione dell'anagrafe degli stabilimenti del settore alimentare (OSA) divisa per tipologia ed attività ai sensi delle linee guida per il controllo ufficiale della Reg. CE 882/04 e 854/04 (CSR 212 del 10/11/2016)e adeguamento alle modalità di notifica previste dalla CU n.46/2017 del 04/05/2017	Registrazione nel database delle notifiche pervenute nel corso del 2018 ed arretrato 2017	N. notifiche pervenute nel 2017 =3500 N .notifiche registrate 2017=2000	Registrazione 80% delle notifiche di inizio attività e/o di variazione 2018 e completamento delle notifiche 2017 Completamento addestramento personale amministrativo alla gestione delle nuove modalità di notifica ed alle nuove modalità di interfaccia con i SUAP		30	40
	2	Revisione assetto e programma dei controlli esterni sull'acqua destinata al consumo umano del territorio di competenza della Asl 3	Evidenza di documento di Razionalizzazione e revisione del programma dei controlli esterni sulle acque destinate al consumo umano e adeguamento alla introduzione della nuova normativa (D.lgs. 14/6/2017)		Entro il 30/7/2018 evidenza del documento. Da ottobre 2018 applicazione del documento		20	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione
Direttore f.f. Dottoressa Ersilia D'Aste

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PERFORMANCE	3	Progetto pilota: Piano della comunicazione verso l'esterno	Predisposizione di tabella /report con la Comunicazione ASL 3 per la pubblicazione sul sito		Miglioramento nella comunicazione nell'ambito della trasparenza, Nuova esigenza dei consumatori e in base della normativa ai sensi delle normativa vigente. Implementazione del sito istituzionale con <ul style="list-style-type: none"> • rendicontazione periodica dei CU e relativi esiti • informative ai cittadini su situazioni emergenti di sicurezza alimentare 		10	15	
	4	Formazione del personale ai sensi della revisione della procedura: "CU: gestione delle non conformità"	Evento formativo indirizzato ai Dirigenti e TdP	Revisione procedura effettuata nel 2017	Entro 31/10 Formazione di tutti i Dirigenti e TdP attraverso evento specifico		10	10	
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	10	10	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	10	10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Igiene degli alimenti e della
nutrizione
Dottoressa Ersilia D'Aste

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza:SS.CC. Dipartimento di Prevenzione

Obiettivi comuni x tutte le strutture

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento.	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore di Dipartimento entro il 04/11/2018.
2) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura (<u>ad esclusione della SSD Popolazione a rischio</u>)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) entro il 4 novembre dei dati e delle informazioni della singole strutture in modo da consentire al Referente della Prevenzione di compilare la relazione/questionario complessivo sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento a livello dipartimentale.

S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione - Dott.ssa D'Aste

1) Aggiornare e completare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012 inserendo i dati sui tempi di conclusione di tutti i procedimenti mappati e presenti su "Amministrazione Trasparente"	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmettere a redazione.sito i dati sui tempi degli otto procedimenti mappati entro: a) il 15/03 dei dati relativi al IV trimestre 2017 (non ancora trasmessi); b) il 15/04 del I trimestre 2018; c) il 15/07 del II trimestre 2018; d) il 15/10 del III trimestre 2018.
2) Aggiornare la gestione del rischio e l'attività di monitoraggio del trattamento del rischio rivedendo le tabelle compilate nel 2017 e inserendo nuovi processi (basandosi sui procedimenti amministrativi già mappati).	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 30 marzo: a) della tabella sulla gestione e sul monitoraggio del trattamento del rischio; b) del numero di incontri e dei partecipanti ai gruppi di lavoro

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale
Direttore f.f. Dottore Nicola Pellegrino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	Ccd	5	0	
	PERFORMANCE	1	Allineamento alla CSR 212 /2016. Adattamento del database della S.C. secondo i nuovi criteri di rendicontazione e puntuale rendicontazione dell'attività di ispezione e audit sul database della S.C.	Aggiornamento del database con rendicontazione delle attività di ispezione e audit		Rendicontazione del 100% delle Attività 2018 secondo CSR 212/2016	S.C.	15	10
		2	Inserimento sul sistema Sinvsa degli esercizi in base al regolamento 852	Completamento dell'inserimento		100 % di esercizi inseriti	S.C.	15	30
3		Elaborazione nota prescrittiva, notificata nei modi di legge, per individuazione univoca delle non conformità e prescrizioni per riallineamento alle condizioni previste dal Reg. CE 852/2004	Nota scritta all'operatore del settore Alimentare a seguito di visita con rilascio di Relazione di controllo ufficiale nel caso di prescrizioni significative.		Invio nota prescrittiva entro 7 giorni lavorativi della data della Relazione di controllo ufficiale - Risultato atteso 100 %	S.C.	15	15	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale
Direttore f.f. Dottore Nicola Pellegrino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Verifica prescrizioni ingiunte con nota scritta con ulteriore visita ufficiale per la verifica del riallineamento alle condizioni previste nel Reg. CE 852/2004, nei tempi indicati nella nota	Verifica rispetto nei tempi stabiliti del riallineamento alle condizioni previste dal Reg. 852/2004		visita di controllo nei tempi previsti ritardo massimo nella verifica 30 giorni	S.C.	15	15
	5	Adeguamento a quanto previsto accordo Conferenza Stato Regioni (C.S.R.) n. 212 del 10/11/2016 relativamente ai nuovi criteri di rendicontazione e trasmissione flussi informativi	Aggiornamento della nostra Banca dati locale	Necessità di aggiornare la nostra Banca dati locale	Rendicontazione e trasmissione flussi informativi secondo i nuovi criteri previsti dalla C.S.R. 212/2016	Direttore SC	15	10
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale
Dottore Nicola Pellegrino

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza:SS.CC. Dipartimento di Prevenzione

Obiettivi comuni x tutte le strutture

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento.	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore di Dipartimento entro il 04/11/2018.
2) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura (<u>ad esclusione della SSD Popolazione a rischio</u>)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) entro il 4 novembre dei dati e delle informazioni della singole strutture in modo da consentire al Referente della Prevenzione di compilare la relazione/questionario complessivo sul rispetto del P.T.P.C.T e del Codice di Comportamento a livello dipartimentale.

S.C. Igiene degli Alimenti di origine animale - Dott. Pellegrino

1) Verifica applicazione misure ulteriori di prevenzione nell'ambito dei processi sottoposti alla gestione del rischio nel 2017	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Entro il 02/07 predisporre breve relazione al RPCT nella quale si illustri le attività svolte nell'ambito del processo: "D.Lgs 194/2008 - Riscossione finanziamento dei controlli sanitari ufficiali"
---	---	---

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Direttore f.f. Dottor Claudio Culotta

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	5	Vaccinazioni in ambiente protetto in collaborazione con Assistenza Consultoriale e Neonatologia	Elaborazione protocollo tra i centri vaccinali periferici e la SC con dettaglio dei casi da inviare e delle modalità		Entro 30/6 elaborazione criteri che devono regolare i casi e le modalità di vaccinazione in ambiente protetto Entro 31/10 protocollo	<i>POU ISP Consult.</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Ottimizzazione delle modalità di archiviazione delle pratiche di igiene edilizia attraverso l'acquisizione per le pagine progettuali di un supporto informatico in sostituzione della documentazione cartacea	N.pratiche archiviate su supporto informatico/N. pratiche annue totali		90% della documentazione di igiene edilizia archiviata su supporto informatico	<i>Dir. Dip.</i>	5	10
	2	Implementazione dell'attività di vigilanza di almeno il 10%, rispetto all'anno 2017, relativa ai Servizi per la prima infanzia, oggetto di rinnovo nell'anno 2018	Incremento del 10% del numero di vigilanze rispetto all'anno 2017 al fine di verificare il mantenimento dei requisiti previsti dalla DGR 222/2015 (LINEE GUIDA SUGLI STANDARD STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E QUALITATIVI DEI SERVIZI SOCIOEDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA, IN ATTUAZIONE DELL'ART. 30, COMMA 1, LETT. D) DELLA L.R. 9 APRILE 2009, N. 6.		Entro il 31/12/2018 incremento del 10% dei controlli rispetto all'anno 2017	<i>Dir. Dip.</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Direttore f.f. Dottor Claudio Culotta

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Realizzare un data base dei centri di tatuaggio e piercing, anche ricorrendo alla collaborazione di altri Enti quali ad es. la Camera di Commercio. Rafforzamento della vigilanza a far data dal secondo semestre 2018	Realizzazione del data base con archiviazione di tutti i centri visionati da questa S. C dal 2009 ad oggi.		Realizzazione di archivio informatico dei centri di tatuaggio e piercing. Controllo di almeno il 20% delle attività, privilegiando quelle non ispezionate da tempo,	<i>Dir. Dip.</i>	10	10
	4	Aumento delle coperture vaccinali per morbillo, parotite e rosolia nella coorte di nascita 2010	Percentuale di copertura con due dosi a 7 anni (base line 82,5%)		percentuale di copertura 90%	<i>Dir. Dip.</i>	5	10
	5	Messa a regime del sistema PREMAL , finalizzato alla sorveglianza delle malattie infettive sottoposte a notifica Deliberazione ALISA n.6/2018	Messa a regime del sistema		Entro 31/12/2018 messa a regime del Sistema	<i>Dir. Dip.</i>	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Direttore f.f. Dottor Claudio Culotta

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	6	Condivisione dei modelli comunicativi e organizzative Evidence based per incentivare l'adesione e contrastare la disinformazione Recupero vaccinale soggetti inadempienti ai sensi della L.119/2017 e recupero della coorte inadempienti anti- HPV Deliberazione ALISA n.6/2018	Invio di una lettera di sollecito ed eventualmente di una lettera raccomandata agli inadempienti Offerta di colloquio di secondo livello con incontro individuale ai soggetti totalmente inadempienti		Entro il 31/12/2018 invio di una lettera di sollecito ed eventualmente di una lettera raccomandata ad almeno il 90% dei minori risultati inadempienti alla L 119 e che hanno ricevuto un primo invito nel corso del secondo semestre 2017 . Offerta di colloquio di secondo livello con incontro individuale ad almeno l'80% dei soggetti totalmente inadempienti	<i>Dir. Dip.</i>	10	10
	7	Garantire la sostenibilità dei sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'argento a livello aziendale	Numero interviste effettuate e trasmesse al gruppo tecnico di coordinamento nazionale		Almeno 250 interviste per Passi e 150 per Passi d'argento	<i>Dir. Dip.</i>	5	5
	8	Realizzazione a livello aziendale degli obiettivi del PRP 2014-2018	Realizzazione incontri di coordinamento a livello aziendale		Almeno due incontri per ognuno dei quattro gruppi di lavoro aziendali (setting scolastico, comunitario, lavorativo e del Dipartimento di prevenzione)	<i>Dir. Dip.</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Direttore f.f. Dottor Claudio Culotta

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PROGETTI	1	Aggiornamento procedure della Struttura Complessa Igiene e Sanità Pubblica in funzione dei nuovi LEA e del PTPCT (Piano triennale prevenzione della corruzione e trasparenza) 2018-2020	Istituzione gruppo di lavoro specifico Aggiornamento dell'elenco delle prestazioni della Struttura Complessa in funzione dei nuovi LEA e del PTPCT Percentuale di procedure aggiornate in funzione dei nuovi LEA e del PTPCT		Entro il 30 aprile 2018: costituzione del gruppo di lavoro specifico Entro il 30 giugno 2018: aggiornamento dell'elenco delle prestazioni in funzione dei nuovi LEA e del PTPCT Entro il 31 dicembre 2018 ridefinizione di almeno il 30% delle procedure in funzione dei criteri indicati	<i>Dir. Dip.</i>	10	10	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	10	10	
	3	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	5	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Dottor Claudio Culotta

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza:SS.CC. Dipartimento di Prevenzione

Obiettivi comuni x tutte le strutture

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento.	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore di Dipartimento entro il 04/11/2018.
2) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura (<u>ad esclusione della SSD Popolazione a rischio</u>)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) entro il 4 novembre dei dati e delle informazioni della singole strutture in modo da consentire al Referente della Prevenzione di compilare la relazione/questionario complessivo sul rispetto del P.T.P.C.T e del Codice di Comportamento a livello dipartimentale.
S.C. Igiene e Sanità Pubblica - Dott. Culotta		
2) Procedere alla gestione del rischio e nell'attività di monitoraggio del trattamento del rischio secondo le indicazioni fornite nel 2017	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 30 marzo: a) della tabella sulla gestione e sul monitoraggio del trattamento del rischio; b) del numero di incontri e dei partecipanti ai gruppi di lavoro

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Legale
Direttore Dottoressa Tiberia Boccardo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	Ccd	5	5
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	Migliorare la governance della specialistica ambulatoriale	progetto di razionalizzazione e ottimizzazione dell'offerta ambulatoriale con eventuale riallocazione del personale/sedi		Stesura del progetto entro Giugno 2018. Entro Dicembre 2018 evidenza saturazione agende	Direttore Dip.	15	10
	2	Dematerializzazione relativa alle richieste di astensione anticipata per gravi complicanze della gestazione – D.Lgs. 151/2001.	Predisposizione del documento per la definizione delle specifiche del sistema informativo.		Dal 1 Ottobre 2018 trasmissione della documentazione per via telematica all'ufficio che redigerà l'atto amministrativo e provvederà ad inoltrarlo sempre per via telematica all'interessata, al datore di lavoro e all'INPS.	Direttore Dip.	15	15
	3	Implementazione sportello segreteria Commissione Medica Locale Patenti di Guida			A far data dal 30/3. Accesso allo sportello della segreteria 5 giorni/4 dalle 9.00 alle 12.00	Direttore Dip.	15	10
	4	Migliorare la qualità delle domande, relative al riconoscimento dell'invalidità civile da parte degli MMG attraverso la realizzazione di un percorso formativo	entro il 30 Luglio 2018 completamento del percorso formativo		Riduzione sospensioni domande per ulteriori precisazioni in merito alle patologie e al beneficio richiesto.	Direttore Dip.	15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Legale
Direttore Dottoressa Tiberia Boccardo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PERFORMANCE	5	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Attualmente non esiste una relazione annuale complessiva	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello	Schichter		10	
UGR	1	Sviluppo di un piano formativo dedicato alla prevenzione dei suicidi in ospedale o nelle strutture di degenza.	Evidenza di corso pubblicato e fruibile		Entro il 30/06/2018 il corso è disponibile. Il calendario della formazione è presente sulla piattaforma informatica della S.C. Formazione	UGR	10	10	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Medicina Legale
Dottoressa Tiberia Boccardo

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza:SS.CC. Dipartimento di Prevenzione		
Obiettivi comuni x tutte le strutture		
Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento.	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore di Dipartimento entro il 04/11/2018.
2) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura <u>(ad esclusione della SSD Popolazione a rischio)</u>	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) entro il 4 novembre dei dati e delle informazioni della singole strutture in modo da consentire al Referente della Prevenzione di compilare la relazione/questionario complessivo sul rispetto del P.T.P.C.T e del Codice di Comportamento a livello dipartimentale.
S.C. Medicina Legale - Dott.ssa Boccardo		
1) Aggiornare e completare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012 inserendo i dati sui tempi di conclusione di tutti i procedimenti mappati e presenti su "Amministrazione Trasparente"	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmettere a redazione.sito i dati sui tempi degli undici procedimenti mappati entro: a) il 15/03 dei dati relativi al IV trimestre 2017 (non ancora trasmessi); b) il 15/04 del I trimestre 2018; c) il 15/07 del II trimestre 2018; d) il 15/10 del III trimestre 2018.
2) Rivedere i dati relativi alla gestione del rischio e del monitoraggio del trattamento del rischio aggiornando le tabelle compilate nel 2017 in modo da evidenziare i rischi e le misure di prevenzione concrete e specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Le attività succitate dovranno essere condotte attraverso il supporto del coordinatore/facilitatore e del gruppo di lavoro precostituito.	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 30 marzo: a) della tabella sulla gestione e sul monitoraggio del trattamento del rischio; b) del numero di incontri e dei partecipanti ai gruppi di lavoro.
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u>		

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Popolazione a rischio
Il Responsabile Dottoressa Ivana Valle

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	Realizzazione Obiettivi Screening Mammografico	% di donne invitate a screening mammario in anno 2018 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2018 (dato ISTAT)	100 % della popolazione bersaglio 2017 (dato ISTAT)	100 % della popolazione bersaglio 2018 (dato ISTAT)	<i>dipartimento</i>	5	5
			% di donne che partecipano allo screening mammario rispetto alle donne invitate nel 2018	≥ 55 % (valutazione da 1/5/2018)	≥ 61 % (valutazione da 1/5/2019)	<i>dipartimento</i>	15	15
	2	Realizzazione Obiettivi Screening Cervice Uterina	% di donne invitate a screening del tumore della cervice uterina in anno 2018 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2018(dato ISTAT)	100 % della popolazione bersaglio 2017 (dato ISTAT)	100 % della popolazione bersaglio 2018 (dato ISTAT)	<i>dipartimento</i>	5	5
			% di donne che partecipano allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate nel 2018	≥ 35 % (valutazione da 1/5/2018)	≥ 49 % (valutazione da 1/5/2019)	<i>dipartimento</i>	15	15
	3	Realizzazione Obiettivi Screening Colon Retto	% di persone invitate allo screening del colon retto in anno 2018 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2018 (dato ISTAT)	100 % della popolazione bersaglio 2017 (dato ISTAT)	100 % della popolazione bersaglio 2018 (dato ISTAT)	<i>dipartimento</i>	5	5
			% di persone che partecipano allo screening del tumore del colon retto rispetto alle persone invitate nel 2018	≥ 39 % (valutazione da 1/5/2018)	≥ 46 % (valutazione da 1/5/2019)	<i>dipartimento</i>	15	15
	4	Campagna di prevenzione cardiovascolare nel setting lavorativo di asl3	% di soggetti valutati rispetto ai soggetti invitati a partecipare alla campagna e sottoposti a visita di sorveglianza sanitaria	N.D.	≥ 50% rispetto agli invitati	<i>dipartimento</i>	10	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Popolazione a rischio
Il Responsabile Dottoressa Ivana Valle

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Popolazione a rischio
Dottoressa Ivana Valle

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza:SS.CC. Dipartimento di Prevenzione

Obiettivi comuni x tutte le strutture

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento.	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore di Dipartimento entro il 04/11/2018.
2) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura <u>(ad esclusione della SSD Popolazione a rischio)</u>	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) entro il 4 novembre dei dati e delle informazioni della singole strutture in modo da consentire al Referente della Prevenzione di compilare la relazione/questionario complessivo sul rispetto del P.T.P.C.T e del Codice di Comportamento a livello dipartimentale.

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.)
Direttore Dottore Attilio Businelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	<i>Ccd</i>	5	5
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	10	10
PERFORMANCE	1	Acquisire le informazioni necessarie sulle caratteristiche dei Porti Turistici/ Approdi Turistici/ Punti d'Ormeggio del territorio di competenza e quindi effettuare dei controlli a campione sulle loro condizioni di salute e sicurezza.	1. predisposizione dei questionari informativi regionali ; 2. incontri con associazioni datoriali, imprese, organizzazioni sindacali e invio dei questionari ; 3. verifica delle informazioni raccolte con i questionari ; 4. controlli ispettivi sul 10% di aziende coinvolte ; 5. riunione regionale per valutare l'attività svolta .	non presente	1.(entro Marzo 2018) 2.(entro Aprile 2018) 3.(entro Giugno 2018) 4.(entro Novembre 2018) 5.(entro Dicembre 2018)	<i>SC PSAL</i>	20	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.)
Direttore Dottore Attilio Businelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	2	Informare le imprese sui requisiti di legge e le buone prassi relative al corretto utilizzo delle attrezzature, al fine di favorire un'adeguata capacità di autovalutazione ed adeguata manutenzione delle attrezzature aziendali.	<p>1.Report storico a cura del gruppo flussi e infortuni mortali sull'andamento degli infortuni in ASL3 (evidenza report a cura del gruppo di lavoro);</p> <p>2.Redazione/individuazione delle check list sulle attrezzature a cura del gruppo regionale macchine (presenza dei verbali del gruppo regionale macchine);</p> <p>3.Incontri con associazioni datoriali, imprese, sindacati, Ufficio Operativo regionale e Territoriale (almeno un incontro dedicato dell'ufficio operativo regionale e dell'ufficio operativo territoriale con convocazione delle parti sociali interessate).</p> <p>4.Pubblicizzazione dell'iniziativa alle imprese (pubblicizzazione della check list attraverso pubblicazione sul sito aziendale).</p> <p>5.Invio dei questionari alle imprese selezionate (100).</p> <p>6.Analisi delle attività di monitoraggio su una attrezzatura individuata e vigilanza sul 10% delle aziende coinvolte</p>	non presente	<p>1.(entro il 31 marzo 2018)</p> <p>2.(entro 30 aprile 2018)</p> <p>3.(entro il 30 giugno 2018)</p> <p>4.(entro il 30 giugno 2018)</p> <p>5.(entro il 30 settembre 2018)</p> <p>6.(entro il 31 dicembre 2018)</p>	SC PSAL	20	20
	3	Rendere uniformi i comportamenti del personale ispettivo durante le azioni di vigilanza in edilizia individuando elementi di verifica di semplice applicazione anche a valenza regionale	Redazione linee di indirizzo "vigilanza in edilizia"	Non presente	Entro 31/12 redazione linee di indirizzo "vigilanza in edilizia"	SC PSAL	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.)
Direttore Dottore Attilio Businelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Revisionare ed aggiornare attraverso proceduralizzazione gli atti autorizzativi di competenza PSAL in relazione alle modifiche normative anche in tema di trasparenza e responsabilizzazione degli operatori incaricati	1.Redazione procedure deroga locali sotterranei e seminterrati	Non presente	Entro 31/12 redazione procedure deroga locali sotterranei e seminterrati		15	15
			2.Redazione procedure deroga locali con altezza inferiore ai 3 m	Non presente	Entro 31/12 redazione procedure deroga locali con altezza inferiore ai 3 m			
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.)
Dottore Attilio Businelli

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza:SS.CC. Dipartimento di Prevenzione

Obiettivi comuni x tutte le strutture

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento.	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore di Dipartimento entro il 04/11/2018.
2) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura <u>(ad esclusione della SSD Popolazione a rischio)</u>	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) entro il 4 novembre dei dati e delle informazioni della singole strutture in modo da consentire al Referente della Prevenzione di compilare la relazione/questionario complessivo sul rispetto del P.T.P.C.T e del Codice di Comportamento a livello dipartimentale.
S.C. PSAL -Dott.Businelli		
1) Verifica applicazione misure ulteriori di prevenzione nell'ambito dei processi sottoposti alla gestione del rischio nel 2017	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Entro il 02/07/2018 trasmissione al RPCT di una breve relazione sulle attività del processo "Attività di vigilanza territoriale"; in particolare con riferimento al II semestre 2017 e al I semestre 2018 indicare: a) il numero di visite ispettive effettuate; b) l'elenco dei cantieri edili ispezionati; c) il

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Sanità Animale
Direttore Dottore Roberto Parodi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	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. Report Regione Liguria	SIA/Ccd	15	15
PERFORMANCE	1	Sistema di sorveglianza su malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento a infezione da virus Zika.	Attuazione di un piano di ricerca e cattura di insetti vettori di malattie infettive e diffuse. Il Monitoraggio prevede un numero di controlli di sorveglianza entomologica che viene stabilito dal piano di sorveglianza entomologica regionale.	Applicazione piano di sorveglianza concordato con Regione I.Z.S.	Espletamento di almeno il 95% tutti gli interventi di posizionamento e cattura insetti previsti dal piano	Direttore SC	10	15
	2	Attuazione di un piano di sorveglianza negli apiari per Aethina Tumida	Adesione all'effettuazione di un piano ministeriale finalizzato alla ricerca dell'infestazione parassitaria da Aethina Tumida negli apiari situati sul nostro territorio. Effettuazione dei controlli clinici ogni 15 giorni. Eventuale applicazione della procedura conseguente al riscontro di parassitosi.	Attuazione del piano ministeriale di sorveglianza	Il piano di sorveglianza prevede l'effettuazione di un numero quindicinale di controlli clinici sui nuclei sentinella di api per un determinato periodo dell'anno. Al 31/12/2018 almeno il 90% delle frequenze di controlli clinici previste dal piano di sorveglianza ministeriale.	Direttore SC	15	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Sanità Animale
Direttore Dottore Roberto Parodi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Predisposizione di un sistema di gestione dati comprendente tutte le strutture che erogano assistenza veterinaria	Approntamento della banca dati ed inserimento di tutti i dati relativi alle strutture che erogano assistenza veterinaria	Presenza di dati che necessitano di essere revisionati	Entro il 30/06 Inserimento di tutti i dati necessari ad una razionale gestione delle procedure che interessano le strutture che erogano assistenza veterinaria	Direttore SC	15	10
	4	Registrazione in Banca Dati Nazionale (B.D.N.) di tutti gli allevamenti avicoli sia a carattere commerciale, che non commerciale, che detengono un numero di capi superiore alle 50 unità.	Effettivo inserimento di quanto previsto	Registrazione in B.D.N. degli allevamenti avicoli a carattere commerciale che detengono un numero di capi superiore alle 250 unità.	Entro il 30/9 Inserimento di tutti gli allevamenti avicoli censiti che detengono un numero di capi superiore alle 50 unità.	Direttore SC	10	20
	5	Adeguamento a quanto previsto accordo Conferenza Stato Regioni (C.S.R.) n. 212 del 10/11/2016 relativamente ai nuovi criteri di rendicontazione e trasmissione flussi informativi	Aggiornamento della nostra Banca dati locale	Necessità di aggiornare la nostra Banca dati locale	Rendicontazione e trasmissione flussi informativi secondo i nuovi criteri previsti dalla C.S.R. 212/2016	Direttore SC	15	10
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Sanità Animale
Dottor Roberto Parodi

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza:SS.CC. Dipartimento di Prevenzione**Obiettivi comuni x tutte le strutture**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento.	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore di Dipartimento entro il 04/11/2018.
2) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura (<u>ad esclusione della SSD Popolazione a rischio</u>)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) entro il 4 novembre dei dati e delle informazioni della singole strutture in modo da consentire al Referente della Prevenzione di compilare la relazione/questionario complessivo sul rispetto del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento a livello dipartimentale.

S.C. Sanità Animale - Dott. Parodi

1) Procedere alla gestione del rischio e nell'attività di monitoraggio del trattamento del rischio secondo le indicazioni fornite nel 2017	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 30 marzo: a) della tabella sulla gestione e sul monitoraggio del trattamento del rischio; b) del numero di incontri e dei partecipanti ai gruppi di lavoro.
2) Completare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Entro il 15/03 trasmettere a redazione.sito i dati sui tempi dei procedimenti mappati relativi al IV trimestre 2017.

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione
Responsabile Dottoressa Angela Pantuso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	10	10
	PERFORMANCE	1	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 all'anno 2015 (oltre 10% residuo 2014)		Effettuazione della attività relativa del 90% ordinanze/ ingiunzioni e annullamenti delle sanzioni amministrative in sospeso elevate nell'anno 2015 e completamento residuo 2014	Direttore Dip.	25
2		Attivazione Procedure con Equitalia per recupero credito anno 2013	Numero incontri con Agenzia delle entrate-Riscossione; Definizione Modello informatizzato per inserimento iscrizione a ruolo; Identificazione numero delle ordinanze regolarmente notificate e non pagate, pari al 30% delle stesse		Effettuazione incontri preliminari con Agenzia delle entrate-Riscossione; Adozione del Modello informatizzato definito per iscrizione a ruolo; Iscrizione a ruolo del 30% delle ordinanze regolarmente notificate e non pagate nell'anno di riferimento	Direttore Dip./ Bilancio	25	25

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione
Responsabile Dottoressa Angela Pantuso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	15	15	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5	
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20	
TOTALE PESO SCHEMA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione
Dottoressa Angela Pantuso

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati , individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza:SS.CC. Dipartimento di Prevenzione

Obiettivi comuni x tutte le strutture

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento.	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore di Dipartimento entro il 04/11/2018.
2) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura (<u>ad esclusione della SSD Popolazione a rischio</u>)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) entro il 4 novembre dei dati e delle informazioni della singole strutture in modo da consentire al Referente della Prevenzione di compilare la relazione/questionario complessivo sul rispetto del P.T.P.C.T e del Codice di Comportamento a livello dipartimentale.

S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione - Dott.ssa Angela Pantuso

1) Rivedere i dati relativi alla gestione del rischio e del monitoraggio del trattamento del rischio aggiornando le tabelle compilate nel 2017 in modo da evidenziare i rischi e le misure di prevenzione concrete e specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Le attività succitate dovranno essere condotte attraverso il supporto del coordinatore/facilitatore e del gruppo di lavoro precostituito.	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Trasmissione al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 30 marzo: a) della tabella sulla gestione e sul monitoraggio del trattamento del rischio; b) del numero di incontri e dei partecipanti ai gruppi di lavoro.
---	---	---

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE
Direttore Dott. Marco Vaggi

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consumi 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti
1	Miglioramento procedure per trattamento di pazienti psichiatrici in situazioni di urgenza ed emergenza	Presenza di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di trattamento	Protocollo collaborazione Polizia Municipale	Revisione protocollo di collaborazione con Polizia Municipale per esecuzione ricoveri in regime di TSO e stesura di almeno altre 2 procedure specifiche (raccomandazioni ricoveri urgenti pazienti psichiatrici, procedura gestione sostanze di abuso in SPDC) Entro Giugno 2018 elaborazione procedure Entro Dic 2018 presentazione procedure in tutte le sedi del DSMD	Direttore Dip.	30
2	Riorganizzazione sedi territoriali, semiresidenziali e residenziali del DSMD	Report semestrale sul livello di completamento piano di riorganizzazione sedi	Elaborazione piano di riorganizzazione triennale delle sedi del DSMD	Coordinamento Direttori SC e uffici tecnici aziendali per monitoraggio stato avanzamento lavori e elaborazione report per Direzione Strategica con segnalazione di eventuali criticità	Direttore Dip.	30
3	Potenziamento della collaborazione con le associazioni di volontariato e con le agenzie del territorio	Condivisione di obiettivi strategici con le associazioni di volontariato e le agenzie territoriali dell'area Salute Mentale attraverso la costruzione di un "patto per la Salute Mentale"	Partecipazione ad un tavolo informale di confronto con le associazioni	I semestre organizzazione di un evento formativo aperto alle associazioni II semestre creazione di una consulta dipartimentale per la salute mentale	Direttore Dip.	30
4	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5
5	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
Dip. Salute Mentale e delle Dipendenze
Dottore Marco Vaggi

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

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

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Verificare le attività ed i compiti in materia di trasparenza, nel rispetto delle scadenze indicate nella scheda di budget del Direttore SSD Funzione Amministrativa	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Entro il 10 maggio comunicare al RPCT che i dati soggetti a pubblicazione obbligatoria di cui alla sotto sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" sono stati pubblicati e che gli stessi risultano completi e aggiornati.	5	5
2) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento interno nel 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 delle strutture afferenti al Dipartimento e sottoscritti dai partecipanti, entro il 15/11/2017		

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 8
Direttore Dottore Marco Vaggi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Farmacia/ Bilancio	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	CCD	0	0
	2	Proseguimento del processo di superamento degli OPG e trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato	Miglioramento qualità del monitoraggio dei percorsi di cura residenziali di pazienti affetti da disturbi psichiatrici e autori di reato	Monitoraggio specifico per tutti i pazienti in REMS e censimento di tutti i contatti con Magistratura per autori di reato	Allargamento del monitoraggio specifico già applicato ai pazienti in REMS con stesura di PTI nel 100% dei pazienti inseriti in strutture residenziali (report semestrale)	Referente Unità Funzionale Psichiatria Forense	15	15
	3	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per pazienti affetti da disturbi gravi di personalità	Reportistica quantitativa (risorse utilizzate) relativa alla presa in carico di pazienti affetti da disturbi mentali maggiori	Entro 30 Giugno attivazione di gruppo tecnico pluripro-fessionale e inter-servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) per stesura di raccomandazioni cliniche condivise (traccia documentale) Entro 31 Dicembre condivisione delle raccomandazioni in tutti i CSM del DSMD (verbale riunioni)	Direttore Dip.	15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 8
Direttore Dottore Marco Vaggi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
	4	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Attualmente non esiste una relazione annuale complessiva	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	DS		15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr. Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Sviluppo di un piano formativo dedicato alla prevenzione dei suicidi in ospedale o nelle strutture di degenza.	Evidenza di corso pubblicato e fruibile		Entro il 30/06/2018 il corso è disponibile. Il calendario della formazione è presente sulla piattaforma informatica della S.C. Formazione	UGR	10	10
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 8
Direttore Dottore Marco Vaggi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	3	Potenziamento della collaborazione con le associazioni di volontariato e con le agenzie del territorio	Condivisione di obiettivi strategici con le associazioni di volontariato e le agenzie territoriali dell'area Salute Mentale attraverso la costruzione di un "patto per la Salute Mentale"	Partecipazione ad un tavolo informale di confronto con le associazioni	Entro 30/06 organizzazione di un evento formativo aperto alle associazioni Entro 31/12 creazione di una consulta dipartimentale per la salute mentale	<i>Direttore Dip.</i>	20	10
	4	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>CCD</i>	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Salute Mentale Distretto 8
Dottor Marco Vaggi

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2017	5	5
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u>				

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Salute Mentale Distretto 8
Direttore Dottore Marco Vaggi

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 31/12/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2018
C8a.13a - % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	<5% (Verde)	7,54% (Arancione)	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento
C8a.13.2 - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg per patologie psichiatriche	<3% (Verde)	7,44% (Rosso)	inferiore 3%	Miglioramento
C8a.5 - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	641,95% (Rosso)	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento

* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

Non presenti dati Anno 2017

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 9
Direttore Dottore Paolo Peloso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Ospedaliera Tot valore = € 729.771,46 Riab € 723.469,06 - Punti Drg 145,45 Riab Dh € 6.302,40 - Punti Drg 14,24	Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Farmacia/ Bilancio	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	CCD	0	0
	2	Proseguimento del processo di superamento degli OPG e trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato	Miglioramento qualità del monitoraggio dei percorsi di cura residenziali di pazienti affetti da disturbi psichiatrici e autori di reato	Monitoraggio specifico per tutti i pazienti in REMS e censimento di tutti i contatti con Magistratura per autori di reato	Allargamento del monitoraggio specifico già applicato ai pazienti in REMS con stesura di PTI nel 100% dei pazienti inseriti in strutture residenziali (report semestrale)	Referente Unità Funzionale Psichiatria Forense	15	10
	3	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per pazienti affetti da disturbi gravi di personalità	Reportistica quantitativa (risorse utilizzate) relativa alla presa in carico di pazienti affetti da disturbi mentali maggiori	Entro 30 Giugno attivazione di gruppo tecnico pluripro-fessionale e inter- servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) per stesura di raccomandazioni cliniche condivise (traccia documentale) Entro 31 Dicembre condivi-sione delle raccomandazioni in tutti i CSM del DSMD (verbale riunioni)	Direttore Dip.	15	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 9
Direttore Dottore Paolo Peloso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
	4	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/Prof San</i>	0	10
	5	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Attualmente non esiste una relazione annuale complessiva	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	<i>DS</i>		15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10
UGR	1	Sviluppo di un piano formativo dedicato alla prevenzione dei suicidi in ospedale o nelle strutture di degenza.	Evidenza di corso pubblicato e fruibile		Entro il 30/06/2018 il corso è disponibile. Il calendario della formazione è presente sulla piattaforma informatica della S.C. Formazione	<i>UGR</i>	10	10
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 9
Direttore Dottore Paolo Peloso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	3	Potenziamento della collaborazione con le associazioni di volontariato e con le agenzie del territorio	Condivisione di obiettivi strategici con le associazioni di volontariato e le agenzie territoriali dell'area Salute Mentale attraverso la costruzione di un "patto per la Salute Mentale"	Partecipazione ad un tavolo informale di confronto con le associazioni	Entro 30/06 organizzazione di un evento formativo aperto alle associazioni Entro 31/12 creazione di una consulta dipartimentale per la salute mentale	<i>Direttore Dip.</i>	20	10
	4	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>CCD</i>	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Salute Mentale Distretto 9
Dottor Paolo Peloso

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2017	5	5
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u>				

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Salute Mentale Distretto 9
Direttore Dottore Paolo Peloso

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 31/12/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2018
C8a.13a - % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	<5% (Verde)	7,54% (Arancione)	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento
C8a.13.2 - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg per patologie psichiatriche	<3% (Verde)	7,44% (Rosso)	inferiore 3%	Miglioramento
C8a.5 - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	641,95% (Rosso)	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento

* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

Non presenti dati Anno 2017

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 10 - SPDC Villa Scassi
Direttore Dottore Rocco Picci

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Drg Tot valore = € 716.047,00 Punti Drg 333,65	Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Farmacia/ Bilancio	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	CCD	0	0
	2	Proseguimento del processo di superamento degli OPG e trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato	Miglioramento qualità del monitoraggio dei percorsi di cura residenziali di pazienti affetti da disturbi psichiatrici e autori di reato	Monitoraggio specifico per tutti i pazienti in REMS e censimento di tutti i contatti con Magistratura per autori di reato	Allargamento del monitoraggio specifico già applicato ai pazienti in REMS con stesura di PTI nel 100% dei pazienti inseriti in strutture residenziali (report semestrale)	Referente Unità Funzionale Psichiatria Forense	15	10
	3	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per pazienti affetti da disturbi gravi di personalità	Reportistica quantitativa (risorse utilizzate) relativa alla presa in carico di pazienti affetti da disturbi mentali maggiori	Entro 30 Giugno attivazione di gruppo tecnico pluriprofessionale e interservizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) per stesura di raccomandazioni cliniche condivise (traccia documentale) Entro 31 Dicembre condivisione delle raccomandazioni in tutti i CSM del DSMD (verbale riunioni)	Direttore Dip.	15	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 10 - SPDC Villa Scassi
Direttore Dottore Rocco Picci

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/Prof San	0	10
	5	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Attualmente non esiste una relazione annuale complessiva	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	DS	0	15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check - stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Sviluppo di un piano formativo dedicato alla prevenzione dei suicidi in ospedale o nelle strutture di degenza.	Evidenza di corso pubblicato e fruibile		Entro il 30/06/2018 il corso è disponibile. Il calendario della formazione è presente sulla piattaforma informatica della S.C. Formazione	UGR	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 10 - SPDC Villa Scassi
Direttore Dottore Rocco Picci

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5
	3	Potenziamento della collaborazione con le associazioni di volontariato e con le agenzie del territorio	Condivisione di obiettivi strategici con le associazioni di volontariato e le agenzie territoriali dell'area Salute Mentale attraverso la costruzione di un "patto per la Salute Mentale"	Partecipazione ad un tavolo informale di confronto con le associazioni	Entro 30/06 organizzazione di un evento formativo aperto alle associazioni Entro 31/12 creazione di una consulta dipartimentale per la salute mentale	Direttore Dip.	20	10
	4	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Salute Mentale Distretto 10 -
SPDC Villa Scassi
Dottor Rocco Picci

Il Coordinatore Infermieristico

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2017	5	5
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u>				

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Salute Mentale Distretto 10 - SPDC Villa Scassi
Direttore Dottore Rocco Picci

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 31/12/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2018
C8a.13a - % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	<5% (Verde)	7,54% (Arancione)	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento
C8a.13.2 - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg per patologie psichiatriche	<3% (Verde)	7,44% (Rosso)	inferiore 3%	Miglioramento
C8a.5 - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	641,95% (Rosso)	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento

* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

Non presenti dati Anno 2017

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 11 - SPDC Galliera
Direttore Dottore Lucio Ghio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Ospedaliera Tot valore = € 729.771,46 Riab € 723.469,06 - Punti Drg 145,45 Riab Dh € 6.302,40 - Punti Drg 14,24	Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Farmacia/Bilancio	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	CCD	0	0
	2	Proseguimento del processo di superamento degli OPG e trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato	Miglioramento qualità del monitoraggio dei percorsi di cura residenziali di pazienti affetti da disturbi psichiatrici e autori di reato	Monitoraggio specifico per tutti i pazienti in REMS e censimento di tutti i contatti con Magistratura per autori di reato	Allargamento del monitoraggio specifico già applicato ai pazienti in REMS con stesura di PTI nel 100% dei pazienti inseriti in strutture residenziali (report semestrale)	Referente Unità Funzionale Psichiatria Forense	15	10
	3	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per pazienti affetti da disturbi gravi di personalità	Reportistica quantitativa (risorse utilizzate) relativa alla presa in carico di pazienti affetti da disturbi mentali maggiori	Entro 30 Giugno attivazione di gruppo tecnico pluripro-fessionale e inter-servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) per stesura di raccomandazioni cliniche condivise (traccia documentale) Entro 31 Dicembre condivisione delle raccomandazioni in tutti i CSM del DSMD (verbale riunioni)	Direttore Dip.	15	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 11 - SPDC Galliera
Direttore Dottore Lucio Ghio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/Prof San	0	10
	5	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Attualmente non esiste una relazione annuale complessiva	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	DS		15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Sviluppo di un piano formativo dedicato alla prevenzione dei suicidi in ospedale o nelle strutture di degenza.	Evidenza di corso pubblicato e fruibile		Entro il 30/06/2018 il corso è disponibile. Il calendario della formazione è presente sulla piattaforma informatica della S.C. Formazione	UGR	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 11 - SPDC Galliera
Direttore Dottore Lucio Ghio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	5	5
	3	Potenziamento della collaborazione con le associazioni di volontariato e con le agenzie del territorio	Condivisione di obiettivi strategici con le associazioni di volontariato e le agenzie territoriali dell'area Salute Mentale attraverso la costruzione di un "patto per la Salute Mentale"	Partecipazione ad un tavolo informale di confronto con le associazioni	Entro 30/06 organizzazione di un evento formativo aperto alle associazioni Entro 31/12 creazione di una consulta dipartimentale per la salute mentale	<i>Direttore Dip.</i>	20	10
	4	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>CCD</i>	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Salute Mentale Distretto 11 -
SPDC Galliera
Dottor Lucio Ghio

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2017	5	5
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u>				

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Salute Mentale Distretto 11 - SPDC Galliera
Direttore Dottore Lucio Ghio

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 31/12/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2018
C8a.13a - % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	<5% (Verde)	7,54% (Arancione)	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento
C8a.13.2 - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg per patologie psichiatriche	<3% (Verde)	7,44% (Rosso)	inferiore 3%	Miglioramento
C8a.5 - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	641,95% (Rosso)	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento

* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

Non presenti dati Anno 2017

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 12
Direttore Dottore Gianfranco Nuvoli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	0	0
	2	Proseguimento del processo di superamento degli OPG e trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato	Miglioramento qualità del monitoraggio dei percorsi di cura residenziali di pazienti affetti da disturbi psichiatrici e autori di reato	Monitoraggio specifico per tutti i pazienti in REMS e censimento di tutti i contatti con Magistratura per autori di reato	Allargamento del monitoraggio specifico già applicato ai pazienti in REMS con stesura di PTI nel 100% dei pazienti inseriti in strutture residenziali (report semestrale)	<i>Referente Unità Funzionale Psichiatria Forense</i>	15	15
	3	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per pazienti affetti da disturbi gravi di personalità	Reportistica quantitativa (risorse utilizzate) relativa alla presa in carico di pazienti affetti da disturbi mentali maggiori	Entro 30 Giugno attivazione di gruppo tecnico pluripro-fessionale e inter-servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) per stesura di raccomandazioni cliniche condivise (traccia documentale) Entro 31 Dicembre condivisione delle raccomandazioni in tutti i CSM del DSMD (verbale riunioni)	<i>Direttore Dip.</i>	15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 12
Direttore Dottore Gianfranco Nuvoli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
	4	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Attualmente non esiste una relazione annuale complessiva	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	DS		15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Sviluppo di un piano formativo dedicato alla prevenzione dei suicidi in ospedale o nelle strutture di degenza.	Evidenza di corso pubblicato e fruibile		Entro il 30/06/2018 il corso è disponibile. Il calendario della formazione è presente sulla piattaforma informatica della S.C. Formazione	UGR	10	10
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 12
Direttore Dottore Gianfranco Nuvoli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	5	5
	3	Potenziamento della collaborazione con le associazioni di volontariato e con le agenzie del territorio	Condivisione di obiettivi strategici con le associazioni di volontariato e le agenzie territoriali dell'area Salute Mentale attraverso la costruzione di un "patto per la Salute Mentale"	Partecipazione ad un tavolo informale di confronto con le associazioni	Entro 30/06 organizzazione di un evento formativo aperto alle associazioni Entro 31/12 creazione di una consulta dipartimentale per la salute mentale	<i>Direttore Dip.</i>	20	10
	4	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>CCD</i>	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Salute Mentale Distretto 12
Dottor Gianfranco Nuvoli

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2017	5	5
<p align="center"><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></p>				

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Salute Mentale Distretto 12
Direttore Dottore Gianfranco Nuvoli

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 31/12/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2018
C8a.13a - % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	<5% (Verde)	7,54% (Arancione)	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento
C8a.13.2 - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg per patologie psichiatriche	<3% (Verde)	7,44% (Rosso)	inferiore 3%	Miglioramento
C8a.5 - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	641,95% (Rosso)	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento

* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

Non presenti dati Anno 2017

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 13
Direttore Dottore Pietro Ciliberti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	0	0
	2	Proseguimento del processo di superamento degli OPG e trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato	Miglioramento qualità del monitoraggio dei percorsi di cura residenziali di pazienti affetti da disturbi psichiatrici e autori di reato	Monitoraggio specifico per tutti i pazienti in REMS e censimento di tutti i contatti con Magistratura per autori di reato	Allargamento del monitoraggio specifico già applicato ai pazienti in REMS con stesura di PTI nel 100% dei pazienti inseriti in strutture residenziali (report semestrale)	<i>Referente Unità Funzionale Psichiatria Forense</i>	15	15
	3	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per pazienti affetti da disturbi gravi di personalità	Reportistica quantitativa (risorse utilizzate) relativa alla presa in carico di pazienti affetti da disturbi mentali maggiori	Entro 30 Giugno attivazione di gruppo tecnico pluripro-fessionale e inter-servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) per stesura di raccomandazioni cliniche condivise (traccia documentale) Entro 31 Dicembre condivisione delle raccomandazioni in tutti i CSM del DSMD (verbale riunioni)	<i>Direttore Dip.</i>	15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 13
Direttore Dottore Pietro Ciliberti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
	4	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Attualmente non esiste una relazione annuale complessiva	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	DS		15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Sviluppo di un piano formativo dedicato alla prevenzione dei suicidi in ospedale o nelle strutture di degenza.	Evidenza di corso pubblicato e fruibile		Entro il 30/06/2018 il corso è disponibile. Il calendario della formazione è presente sulla piattaforma informatica della S.C. Formazione	UGR	10	10
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Salute Mentale Distretto 13
Direttore Dottore Pietro Ciliberti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	3	Potenziamento della collaborazione con le associazioni di volontariato e con le agenzie del territorio	Condivisione di obiettivi strategici con le associazioni di volontariato e le agenzie territoriali dell'area Salute Mentale attraverso la costruzione di un "patto per la Salute Mentale"	Partecipazione ad un tavolo informale di confronto con le associazioni	Entro 30/06 organizzazione di un evento formativo aperto alle associazioni Entro 31/12 creazione di una consulta dipartimentale per la salute mentale	<i>Direttore Dip.</i>	20	10
	4	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>CCD</i>	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Salute Mentale Distretto 13
Dottor Pietro Ciliberti

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2017	5	5
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u>				

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Salute Mentale Distretto 13
Direttore Dottore Pietro Ciliberti

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 31/12/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2018
C8a.13a - % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche	<5% (Verde)	7,54% (Arancione)	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento
C8a.13.2 - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg per patologie psichiatriche	<3% (Verde)	7,44% (Rosso)	inferiore 3%	Miglioramento
C8a.5 - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	641,95% (Rosso)	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento

* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

Non presenti dati Anno 2017

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. SERT
Direttore Dottore Giorgio Schiappacasse

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Farmacia/ Bilancio	5	0
PERFORMANCE	1	Ristrutturazione e riqualificazione sedi con creazione di uno sportello differenziato per le dipendenze comportamentali (gioco azzardo patologico)	Creazione di uno sportello differenziato e dedicato alle dipendenze comportamentali aperto almeno 3h ogni 15 giorni in ogni distretto	Avvio lavori di ristrutturazione sedi Sert Aperto uno sportello a Sampierdarena in preparazione gli altri	Entro 30 Giugno attivazione progetto sportelli differenziati in tutti i distretti	Direttore DSM	10	10
		Predisposizione e condivisione di protocolli di trattamento e verifica della loro efficacia per il paziente con GAP (gioco d'azzardo patologico) (deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2018)	Evidenza protocolli condivisi	Raccolta dati specifica dal momento dell'attivazione e report a fine anno				
	3	Integrazione con attività della SSD Patologie Alcool Correlate per il sostegno allo sviluppo delle associazioni di auto-mutuo-aiuto e costruzione di un percorso di collaborazione	Ulteriore Diffusione nei Distretti del Manifesto prodotto nel 2016 Preparazione della proposta di "Centro studi sull' AutomutuoAiuto" nelle dipendenze come previsto nella delibera 158 del 31 Marzo 2017.	Delibera di cooperazione (158 del 31 Marzo 2017) Inizio distribuzione manifesti. Ristrutturazione locali da dedicare alla casa delle associazioni	Organizzazione di una iniziativa di sensibilizzazione territoriale in cooperazione con associazioni, MMG e DSS Delibera aziendale di collaborazione con l'Auto-Mutuo-Aiuto	Direttore DSM	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. SERT
Direttore Dottore Giorgio Schiappacasse

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi gravi di personalità di cui a DGR 268/2015 (Accordo CU 13/11/2014)	Miglioramento appropriatezza trattamenti attraverso la elaborazione di raccomandazioni cliniche per la definizione di percorsi di cura per pazienti affetti da disturbi gravi di personalità	Reportistica quantitativa (risorse utilizzate) relativa alla presa in carico di pazienti affetti da disturbi mentali maggiori	Entro 30 Giugno attivazione di gruppo tecnico pluriprofessionale e inter-servizi (Salute Mentale, Sert, NPIA) per stesura di raccomandazioni cliniche condivise (traccia documentale) Entro 31 Dicembre condivisione delle raccomandazioni in tutti i SER.T. (verbale riunioni)	Direttore DSM	10	10
	5	Selezione utenti con infezione da HCV eleggibili per trattamento con anti-virali di nuova generazione, nell'ambito di un progetto "treatment as prevention"	Stadiazione dei parametri di infezione e malattia (indici di danno epatico, viremia HCV, genotipo, ecografia con elastogramma) negli utenti anti-HCV positivi, in collaborazione con la S.S.D. di Alcologia e Patologie Correlate	Dato disponibile: utenti anti HCV positivi = 741 su 1627 che hanno effettuato lo screening (45%)	Stadiazione nel 50 % dei soggetti anti-HCV positivi, mai sottoposti a trattamento anti-virale, con eventuale invio di quelli eleggibili a trattamento anti-virale ai Centri Specialistici Ospedalieri (evidenza delle procedure di invio)	Direttore DSM	10	5
	6	Creazione di un percorso diagnostico-terapeutico aziendale relativo al paziente affetto da epatopatia alcol correlata o in poliabuso che necessita di trapianto di fegato (partecipano: Società Italiana di Alcologia, Policlinico Universitario di Padova e Policlinico Gemelli di Roma, Istituto Superiore di Sanità e Organizzazione Mondiale Sanità – Centro Collaboratore sui problemi alcol correlati – Regione Europa)	Stesura raccomandazioni cliniche con particolare riferimento a continuità ospedale-territorio per creazione di un "position paper" a carattere nazionale (attualmente non presente)		Entro Giugno pubblicazione del documento e costituzione gruppo tecnico (Centro Alcologico-Sert) per la divulgazione delle raccomandazioni cliniche condivise nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio Entro Dicembre condivisione delle raccomandazioni presso sedi Sert	Direttore DSM	15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. SERT
Direttore Dottore Giorgio Schiappacasse

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	7	Revisione procedura di valutazione relativamente all'attività di consulenza per le Commissioni Mediche Patenti Locali di guida dei soggetti incorsi nella violazione dell'art. 186 e 187 del Codice della Strada relativamente al consumo di sostanze psicotrope e/o in terapia farmacologica (deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2018)	Revisione documento contenente le procedure di valutazione finalizzare alla consulenza alle Commissioni Mediche Locali Patenti di guida dei soggetti incorsi nella violazione dell'art. 186 e 187 del Codice della Strada		Entro il 30/09 evidenza documento	Direttore DSM/ S.C. Medicina Legale	10	0
	8	Cartella Clinica Ambulatoriale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018 - Area riabilitativa/Logopedisti/Educatori professionali)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni	POU/ Prof San		10
	9	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Attualmente non esiste una relazione annuale complessiva	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello	DS		10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check - stato dell'arte Ottobre - Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr. Org. Sanitaria	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. SERT
Direttore Dottore Giorgio Schiappacasse

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	5	5
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>CCD</i>	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. SERT
Dottor Giorgio Schiappacasse

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2018	5	5
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u>				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Alcologia e patologie correlate
Responsabile Dottor Gianni Testino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Ambulatoriale: €	Incremento	Ccd	10	10
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	Visite specialistiche gastroenterologiche	Tempi di attesa per visita gastroenterologica	Tempi attesa 2017: 11 gg visite brevi/ 147 gg differite programmate	Riduzione dei tempi di attesa per visita gastroenterologica a 8 giorni per le visite brevi e 38 giorni per le differite/programmate		25	25
	2	Creazione di un percorso diagnostico-terapeutico aziendale relativo al paziente affetto da epatopatia alcol correlata o in poliabuso che necessita di trapianto di fegato (partecipano: Società Italiana di Alcologia, Policlinico Universitario di Padova e Policlinico Gemelli di Roma, Istituto Superiore di Sanità e Organizzazione Mondiale Sanità – Centro Collaboratore sui problemi alcol correlati – Regione Europa)	Stesura raccomandazioni cliniche con particolare riferimento a continuità ospedale-territorio per creazione di un "position paper" a carattere nazionale (attualmente non presente)		Entro Giugno pubblicazione del documento e costituzione gruppo tecnico (Centro Alcologico-Sert) per la divulgazione delle raccomandazioni cliniche condivise nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio Entro Dicembre condivisione delle raccomandazioni presso sedi Sert		15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Alcologia e patologie correlate
Responsabile Dottor Gianni Testino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PERFORMANCE	3	Integrazione con attività del SerT nel sostegno allo sviluppo delle associazioni di auto-mutuo-aiuto e costruzione di un percorso di collaborazione	Ulteriore Diffusione nei Distretti del Manifesto prodotto nel 2016 Preparazione della proposta di "Centro studi sull' AutomutuoAiuto" nelle dipendenze come previsto nella delibera 158 del 31 Marzo 2017.	Delibera di cooperazione (158 del 31 Marzo 2017) Inizio distribuzione manifesti. Ristrutturazione locali da dedicare alla casa delle associazioni	Organizzazione di una iniziativa di sensibilizzazione territoriale in cooperazione con associazioni, MMG e DSS Delibera aziendale di collaborazione con l'Auto-Mutuo-Aiuto		10	10	
	4	Promozione della salute in cooperazione con l'Ufficio Scolastico Regionale (scuole medie inferiori) e con l'Assessorato alla Sicurezza del Comune di Genova (scuole medie superiori) in linea con il piano aziendale e indicazioni PSS Regione Liguria	Stesura questionari specifici e valutazione da parte dei docenti	Coinvolgimento nell'anno di 2767 giovani	Entro Giugno elaborazione report Entro 31 Dicembre ritorno dei dati (nr istituti scolastici <i>per Anno scolastico 2017/2018</i>) a tutti i partecipanti in collaborazione con Sert e altri enti coinvolti		15	15	
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	10	10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Alcologia e patologie correlate
Dottor Gianni Testino

Il Coordinatore Infermieristico

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. / SS.SS.DD. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2017	10	10
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u>				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare
Dottorssa Barbara Masini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	<i>Ccd</i>	5	5
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	Miglioramento identificazione e trattamento dei disturbi alimentari nel setting delle Cure Primarie	Miglioramento competenze tecnico professionali MMG/PLS attraverso l'utilizzo di test di screening	Ricerca di test appropriato a setting della medicina generale	Entro il 30/3 invio a MMG/PLS test di concerto con Dipartimento Cure Primarie. Al 31/12 monitoraggio numero pazienti inviati al CDA da MMG/PLS a seguito utilizzo test screening	<i>Direttore Dip.</i>	5	5
	2	Miglioramento salute fisica e prevenzione sindrome metabolica attraverso corretto stile di vita in pazienti affetti da Alimentazione incontrollata (BED)	Numero gruppi (8-10 partecipanti) sottoposti a formazione/informazione su educazione alimentare e corretto stile di vita	Assenza di interventi psicoeducativi di gruppo specifici per stile di vita in pazienti affetti da BED	Entro il 30/03 stesura progetto (metodologia, organizzazione) Da Marzo 2018 interventi di educazione alimentare e corretto stile di vita su almeno 4 gruppi	<i>Direttore Dip.</i>	20	20
	3	Percorso del paziente con disturbi alimentari dal 1 contatto, alla presa in carico fino alla dimissione e l'eventuale inserimento in strutture riabilitative	Evidenza percorso		Definizione flow chart/documento programmatico	<i>Direttore Dip.</i>	20	20
	4	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico - prosecuzione	Cartella unica (cartacea)		Pieno utilizzo della cartella unica cartacea Lo scorso anno la sperimentazione era stata effettuata nell'ultimo trimestre	<i>Direttore Dip.</i>	20	20

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare
Dottorssa Barbara Masini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10
TOTALE PESO SCHEMA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare
Dottorssa Barbara Masini

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. / SS.SS.DD. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2018	10	10
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u>				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale
Responsabile Dottoressa Cristina Cenderello

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli Regionali)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	Personale ruolo amministrativo assegnato a SSD Funzione Amm.va Contratti con le strutture residenziali/semiresidenziali a gestione indiretta: liquidazione competenze con procedura prevista dai contratti per i quali ASL3 è sia capofila e sia competente. (verifica report di autorizzazione fatturazione, verifica debito informativo, tenuta archivio report e debiti informativi)	Verifica e invio report all'Ente gestore e alle ASL competenti entro 10 giorni dalla data di ricezione		Applicazione dei nuovi contratti		20	25
	2	Personale ruolo amministrativo assegnato ai CSM. Richiesta inserimento pazienti in strutture residenziali/semiresidenziali a gestione indiretta: verifica compilazione corretta e completa di tutte le informazioni necessarie e individuate nel modulo. Invio alla Segreteria Commissione Residenzialità del modulo corredato di relativa relazione clinica.	Completezza schede		a partire dal 1 marzo		20	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale
Responsabile Dottoressa Cristina Cenderello

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Personale ruolo amministrativo assegnato SC Sert. Richiesta inserimento pazienti in strutture residenziali/semiresidenziali a gestione indiretta: verifica compilazione corretta e completa di tutte le informazioni necessarie e individuate nel modulo. Invio alla SSD Funzione Amministrativa del modulo corredato di relativa relazione clinica.	Schede complete inviate entro 5 GG dalla data della Commissione Residenzialità Sert		a partire dal 1 marzo		15	15
	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	10	10
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	<i>CCD</i>	15	15
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Responsabile
S.S.D. Funzione Amministrativa
Dipartimento di Salute Mentale
Dottoressa Cristina Cenderello

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza: S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Pubblicare all'interno della sotto - sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" di Amministrazione Trasparente, l'elenco aggiornato delle strutture di propria competenza come previsto dall'art. 41 c. 4 del D.Lgs. n. 33/2013 (solo SSD Funzione Amm.va)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) utilizzo formato aperto	Entro il 30/04/2018: 1) trasmissione a redazione sito dell'elenco richiesto; 2) comunicazione al proprio Direttore di Dipartimento che i dati sono stati pubblicati sulla sezione di "Amministrazione Trasparente"	10	10
2) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti. (Le strutture del Dipartimento)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 09/11/2017		
<p><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></p>				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Farmaceutica Convenzionata
Direttore f.f. Dottoressa Simona Bottino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	Flussi	Allineamento flusso traccia su flusso farmaceutica		Referenti contabilità e altri operatori esterni	SIA/Bilancio	10	10
	2	Monitoraggio andamento della spesa e dei consumi inerenti il nuovo accordo sulla dpc anche in confronto alla spesa storica	Confronto pezzi/aggio dpc anno 2017/2018 Monitoraggio pezzi in nome e per conto consegnati tramite il canale della convenzionata		Rispetto Budget assegnato Asl 3	Bilancio/DS	15	15
			Evidenza audit		Predisposizione audit da inviare a Regione Liguria	SC	15	15
PERFORMANCE	1	Implementazione prescrizioni farmaci a brevetto scaduto	Monitoraggio prescrizioni in convenzionata Incidenza % DDD molecole a brevetto scaduto maggiore rispetto al medesimo indicatore dell'anno 2017		Trasmissioni trimestrali delle schede medico/aft	SC	25	5
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Farmaceutica Convenzionata
Direttore f.f. Dottoressa Simona Bottino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10
	3	Attivazione audit per monitoraggio applicazione di quanto previsto dai PAC e relative IO per quanto attiene la gestione dei magazzini	Evidenza report		Entro il 30/4/2018 report Entro il 31/12/2018 report Entro il 31/08/2018 report	SC	5	25
							100	100

TOTALE PESO SCHEDA BUDGET

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Farmaceutica Convenzionata
Dottoressa Simona Bottino

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati , individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Strutture Complesse: Ass Farmaceutica Convenzionata e Ospedaliera

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
<p>1) Aggiornare la gestione del rischio e l'attività di monitoraggio del trattamento del rischio rivedendo le tabelle compilate nel 2017 e individuando eventuali nuovi processi, nuovi rischi, nuove misure; 2) svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura.</p>	<p>1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata</p>	<p>Entro il 15 ottobre trasmissione al RPCT della: a) tabella sulla gestione e sul monitoraggio del trattamento del rischio, con particolare riguardo all'applicazione della rotazione del personale; b) relazione compilata sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza (mediante la redazione della relazioni/questionari).</p>
<p>2) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.</p>	<p>Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento</p>	<p>Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 15/11/2018</p>
<p><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u></p>		

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Farmacia Ospedaliera
Direttore Dottoressa Simonetta Nobile

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	Flussi <i>Individuazione referenti per A.Li.Sa.</i>	Allineamento flusso traccia su flusso farmaceutica		Referenti contabilità e altri operatori esterni	<i>SIA/ Bilancio</i>	10	5
	2	DIRETTA/DPC	Indirizzi operativi per governo della Diretta in ambito Ospedaliero in osservanza alle indicazioni di A.Li.Sa. e dei vincoli di Bilancio		Entro 15/03/2018 indirizzi operativi. Entro il 31/12/2018 almeno 3 incontri con la DMO e le Strutture interessate	<i>DMO/ Bilancio</i>	10	0
PERFORMANCE	1	Revisione della procedura degli antibiotici ad alto costo oggi sottoposti a richiesta motivata cartacea e contestuale revisione della procedura di antibiotico profilassi aziendale	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibiotico profilassi per tutte le specialità chirurgiche	<i>SIA/ CIO/ POU</i>	10	5
	2	Monitoraggio delle terapie ad alto costo: recupero e reinvestimento dei rimborsi nelle terapie innovative, razionalizzazione degli accessi alle terapie innovative	% schede AIFA compilate sul totale schede (per i farmaci che prevedono rimborso)		Controllo compilazione e chiusura del 100% delle schede AIFA	<i>Direttore SC</i>	10	5
	3	Tema Audit 2018 "Valutazione del overfill dei flaconi farmaci chemioterapici in soluzione" Valutazione della volume effettivo del flacone farmaco rispetto al dichiarato dalla ditta	Raccolta dati		100% delle molecole di interesse Conformità rispetto alla prescrizione quantitativa del preparato Risparmio in termini economici attraverso l'utilizzo del overfill del flacone farmaco	<i>Direttore SC</i>	10	25

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Farmacia Ospedaliera
Direttore Dottoressa Simonetta Nobile

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	COMMISSIONE OFF LABEL	Costituzione commissione Evidenza regolamento		Entro 30/06/2018 costituzione commissione Entro 31/10/2018 evidenza regolamento	<i>DMO/ Farmacia</i>	10	0
	5	Aggiornamento e revisione della procedura operativa aziendale (ultima versione 2010) per la valutazione delle richieste pervenute da reparti e servizi aziendali per l'acquisto in esclusiva di farmaci e dispositivi medici	Revisione ed aggiornamento della Procedura in collaborazione con DMO, S.C. Programmazione e forniture, Ingegneria clinica. - Formalizzazione ed attivazione di una Commissione di valutazione - Partecipazione ai lavori della commissione in caso di farmaci e dispositivi medici del Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera o suo delegato		START-UP DI IMPLEMENTAZIONE DELLE INIZIATIVE DI MIGLIORAMENTO: costituzione di un gruppo di lavoro per la revisione della procedura e calendarizzazione incontri VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI PROGETTO RISPETTO AGLI OBIETTIVI AL 30/06 : pubblicazione della procedura aggiornata VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI PROGETTO RISPETTO AGLI OBIETTIVI AL 30/09 : attivazione della Commissione e calendarizzazione incontri di valutazione	<i>DMO</i>	10	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE U.F.A.	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) <i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015		Entro Settembre 2018 Audit I parte (La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Farmacia Ospedaliera
Direttore Dottoressa Simonetta Nobile

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5
	3	Attivazione audit per monitoraggio applicazione di quanto previsto dai PAC e relative IO per quanto attiene la gestione dei magazzini	Evidenza report		Entro il 30/4/2018 report Entro il 31/12/2018 report Entro il 31/08/2018 report	SC	5	25
PROGETTI	4	Progetto logistica materiale sanitario	Evidenza progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione con Direzione Sanitaria e SIA	CCD	5	5
							100	100

TOTALE PESO SCHEDA BUDGET

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Farmacia Ospedaliera
Direttore Dottoressa Simonetta Nobile

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Strutture Complesse: Ass Farmaceutica Convenzionata e Ospedaliera

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
<p>1) Aggiornare la gestione del rischio e l'attività di monitoraggio del trattamento del rischio rivedendo le tabelle compilate nel 2017 e individuando eventuali nuovi processi, nuovi rischi, nuove misure;</p> <p>2) svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura.</p>	<p>1) Rispetto tempistica - trasmissione;</p> <p>2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata</p>	<p>Entro il 15 ottobre trasmissione al RPCT della:</p> <p>a) tabella sulla gestione e sul monitoraggio del trattamento del rischio, con particolare riguardo all'applicazione della rotazione del personale;</p> <p>b) relazione compilata sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza (mediante la redazione della relazioni/questionari).</p>	5	5
<p>2) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.</p>	<p>Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento</p>	<p>Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 15/11/2018</p>		
<p><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u></p>				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano
Responsabile Dottor Piero Clavario

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Riab: € 1.511.585,12</i> <i>Punti Drg: 508,12</i> <i>Ambulatoriale: € 133.768,86</i> <i>Prestazioni interne: € 18.733,04</i>	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata		vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	4	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Proposta di ridefinizione della casistica eleggibile a trattamento riabilitativo con individuazione del setting appropriato e delle giornate di degenza media (x classi di predittività)	Elaborazione proposta		Entro il 30/6 elaborazione proposta	<i>POU</i>	15	0
	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/Prof San</i>	0	20
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	<i>POU/SC Trasf</i>	0	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano
Responsabile Dottor Piero Clavario

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	5	Cartella Clinica Ambulatoriale/Degenziale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018 per l'area riabilitativa)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni	POU/Prof San	0	20
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Luglio 2018 - Audit III parte per transazione	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
			Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015		Luglio 2018 - Audit I parte a completamento <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>			
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano
Responsabile Dottor Piero Clavario

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PROGETTI	1	Programma per la continuità assistenziale ospedale territorio dopo chirurgia cardiaca	<p>Indicatori Dirigenza:</p> <p>1) Proposta ai pazienti ricoverati in riabilitazione degenziale e residenti nel territorio ASL3 di inserimento nel programma di follow-up e registrazione in cartella clinica / standard 100%</p> <p>2) Predisposizione della documentazione sanitaria necessaria e trasmissione della stessa al Centro HUB di Fiumara /standard 100%</p> <p>3) Creazione ed aggiornamento delle schede informatiche per i pazienti presi in carico nel Centro HUB/ Standard 100%</p> <p>Indicatori Comparto:</p> <p>1) Identificazione al momento del ricovero di tutti i pazienti residenti ASL3 e predisposizione della documentazione necessaria all'inserimento nel programma di FU / Standard 100%</p> <p>2) Contatto telefonico a 7 giorni dalla dimissione per tutti i pazienti che accettano l'inserimento nel programma di FU /Standard 100%</p>		<p>Fase 1 (gennaio/giugno 2018): Apertura di un centro HUB presso il Palazzo della Salute di Fiumara cui vengano riferiti tutti i pazienti, residenti in ASL 3, dimessi dalla Cardiologia Riabilitativa di Arenzano dopo un procedura cardiocirurgica.</p> <p>Fase 2 (luglio/dicembre 2018): Estensione dell'accesso al centro per i pazienti residenti in ASL3 che hanno effettuato la riabilitazione degenziale dopo chirurgia cardiaca presso ISCC di Camogli o ICLAS Rapallo.</p>	DS/ CCD/ SIA	10	10	
	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto			Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
TOTALE PESO SCHEMA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
 Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
 Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
 S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano

Responsabile Dottor Piero Clavario

Obiettivi A.Li.Sa. - Anno 2018

Obiettivi Alisa per produzione 2018	Indicatore di risultato	Risultato atteso Anno 2018
Incremento della produzione chirurgica in elezione	Registro sala operatoria - Flusso SDO e Ambulatoriale	Ottimizzazione nell'uso delle sale operatorie. Incremento di un intervento in media per seduta operatoria in ragione della conferma delle deroghe richieste per personale medico e di comparto. Autorizzate e coordinate dalla Direzione Medica di Presidio, se sature la sedute del mattino, le attività a gettone.

I volumi saranno confermati in sede di comunicazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018. Ne conseguiranno rimodulazione e monitoraggio.

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano
Responsabile Dott. Piero Clavario

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media	13,97	13,45	13	15
Tasso di occupazione posti letto	81,96	76,81 DM dimessi 73,95 DM transitati	95%	15
				30

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio
Direttore Dottore Stefano Domenicucci

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> CARDIOLOGIA - Tot valore = € 2.631.216,00 Ord € 1.764.813,00 - Punti Drg 534,69 DH € 29.172,00 - Punti Drg 58,70 Ambulatoriale: € 850.729,13 Prestazioni interne: € 140.545,74 UTIC - Tot valore = € 837.231,00 - Punti Drg 265,01	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata		vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	4	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D		Almeno per il 95% delle richieste	<i>Dir San</i>	10	0
	Avvio del trattamento entro 3 settimane dalla visita			Rispetto dei tempi di attesa per almeno il 70% dei pazienti				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio
Direttore Dottore Stefano Domenicucci

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/ Prof San	0	25
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf	0	25
PDTA	1	Revisione degli indicatori del PDTA del paziente con scompenso cardiaco (almeno 3 di cui 1 di esito)	al 30/6 evidenza dei nuovi indicatori		al 31/12 autorilevazione degli indicatori per il 2° semestre 2018	POU	10	10
			presenza di PDTA in cartella clinica nr SDO con scompenso cardiaco in 1/2/3 diagnosi trattate secondo protocollo		almeno il 90% dei pz con scompenso cardiaco eleggibili deve essere trattato secondo PDTA			
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro Settembre 2018 Audit I parte (La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	15	15
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015					

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio
Direttore Dottore Stefano Domenicucci

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.				
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e
Territorio
Dottor Stefano Domenicucci

Obiettivi A.Li.Sa. - Anno 2018

Obiettivi Alisa per produzione 2018	Indicatore di risultato	Risultato atteso Anno 2018
Incremento della produzione chirurgica in elezione	Registro sala operatoria - Flusso SDO e Ambulatoriale	Ottimizzazione nell'uso delle sale operatorie. Incremento di un intervento in media per seduta operatoria in ragione della conferma delle deroghe richieste per personale medico e di comparto. Autorizzate e coordinate dalla Direzione Medica di Presidio, se sature la sedute del mattino, le attività a gettone.

I volumi saranno confermati in sede di comunicazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018. Ne conseguiranno rimodulazione e monitoraggio.

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio
Direttore Dott. Stefano Domenicucci

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media lorda	6,76	6,91	Mantenimento	5
Degenza Media trimmata a dx	6,62	6,76	no	0
Degenza Media trimmata a sn	6,88	6,96	no	0
Peso Medio	1,42	1,42	Mantenimento	10
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	Drg LEA 0% (0/498)	Drg LEA 0% (0/378)	Mantenimento	2,5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	8,88% (23/259)	6,25% (14/224)	Mantenimento <=18%	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	2,52% (6/238)	5,20% (9/173)	<=4%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	3,74% (17/455)	7,67% (28/365)	<=4,30%	5
				30

PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi
Direttore Dottore Paolo Rubartelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> CARDIOLOGIA - Tot valore = € 3.978.772,00 Ord € 3.098.762,00 - Punti Drg 913,51 DH € 272.731,00 - Punti Drg 132,08 DS € 134.433,00 - Punti Drg 53,92 Ambulatoriale: € 153.690,57 Prestazioni interne: € 278.792,42 UTIC - Tot valore = € 472.846,00 - Punti Drg 156,55	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata		vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	4	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Mantenimento di adeguati tempi di trattamento nell'infarto miocardico con soprasslivellamento (STEMI)	% pz con diagnosi ecg trattati entro 60 minuti door to balloon	>75% dei pazienti	Mantenimento/incremento	<i>POU</i>	15	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi
Direttore Dottore Paolo Rubartelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/ Prof San	0	25
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf	0	25
PDTA	1	Revisione degli indicatori del PDTA del paziente con scompenso cardiaco (almeno 3 di cui 1 di esito)	al 30/6 evidenza dei nuovi indicatori		al 31/12 autorilevazione degli indicatori per il 2° semestre 2018	POU	10	10
			presenza di PDTA in cartella clinica nr SDO con scompenso cardiaco in 1/2/3 diagnosi trattate secondo protocollo		almeno il 90% dei pz con scompenso cardiaco eleggibili deve essere trattato secondo PDTA			
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>		<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi
Direttore Dottore Paolo Rubartelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre-trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.				
PROGETTO	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi
Dottor Paolo Rubartelli

Obiettivi A.Li.Sa. - Anno 2018

Obiettivi Alisa per produzione 2018	Indicatore di risultato	Risultato atteso Anno 2018
Incremento della produzione chirurgica in elezione	Registro sala operatoria - Flusso SDO e Ambulatoriale	Ottimizzazione nell'uso delle sale operatorie. Incremento di un intervento in media per seduta operatoria in ragione della conferma delle deroghe richieste per personale medico e di comparto. Autorizzate e coordinate dalla Direzione Medica di Presidio, se sature la sedute del mattino, le attività a gettone.

I volumi saranno confermati in sede di comunicazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018. Ne conseguiranno rimodulazione e monitoraggio.

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi
Direttore Dott. Paolo Rubartelli

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza media lorda	5,93	5,53	Mantenimento	5
Degenza Media trim dx	5,55	5,22	0	0
Degenza Media trim sn	6,03	5,85	0	0
Peso Medio	1,83	1,77	Mantenimento	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	LEA 0% (0/730)	LEA 0% (0/538)	Mantenimento	2,5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	14,40% (37/257)	28,09% (66/235)	<15,5	10
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	5,54% (11/201)	3,80% (7/184)	Mantenimento soglia <4%	2,5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	6,03% (41/680)	4,56% (24/526)	Mantenimento soglia <4,5%	5
				30

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Chirurgia Generale
Direttore f.f. Dottore Emilio Brignole

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = €</i> 3.990.642,00 Ord € 3.924.576,00 - Punti Drg 1.330,02 DH € 66.066,00 - Punti Drg 48,27 Ambulatoriale: € 127.714,44 Prestazioni interne: € 47.216,22	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Farmaci antibiotici - Procedura Antibioticoprofilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibioticoprofilassi per tutte le specialità chirurgiche	<i>SIA/Farmacia/DS/CIO</i>	15	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Chirurgia Generale
Direttore f.f. Dottore Emilio Brignole

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/ Prof San	0	20
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf	0	25
PDTA	1	PDTA Ospedaliero del paziente affetto da malattia renale cronica in fase avanzata, con coinvolgimento di A.N.E.D. di concerto con S.C. Nefrologia e Dialisi, S.C. Chirurgia Vascolare, S.C. Radiologia (S.S. Radiologia Interventistica), S.C. Anestesia e Rianimazione, S.C. Laboratorio Analisi, Direzione POU	Elaborazione PDTA		- Entro 31 marzo 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 giugno 2018 evidenza di almeno un incontro del Gruppo - Entro 31 ottobre 2018 redazione del PDTA assegnato	POU	10	10
	2	Casistica ambulatoriale "complessa", DS e ricovero ordinario di un giorno	Elaborazione PDTA		- Entro 30 aprile 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 settembre stesura PDTA - Entro 30 novembre sperimentazione e pubblicazione sul sito	POU	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Chirurgia Generale
Direttore f.f. Dottore Emilio Brignole

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Chirurgia Generale
Direttore f.f. Dottore Emilio Brignole

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
	3	Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino	CCD/SIA/DS	10	10
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			
TOTALE PESO SCHEMA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Chirurgia Generale
Dottor Emilio Brignole

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Chirurgia Generale
Direttore f.f. Dott. Emilio Brignole

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media lorda	7,25	6,73	6,00	5
Degenza Media trimm sn	8,5	9,45*	no	0
Degenza Media trimm dx	6,93	6,30	no	0
Peso Medio	1,62	1,49	1,69	5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	0,64	0,77	Mantenimento	0
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	22,49% (213/947)	23,60% (232/983)	Obt reg <= 17%	5
Indicatore C4.4: % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	39,63% (107/270)	43,85% (82/187)	Soglia minima Decreto 70/2015=70%	10
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	4,03% (46/1142)	4,56% (45/986)	<=4,30%	0
Indicatore C5.10 % resezioni programmate al colon in laparoscopia	89,47% (70/78)	83,33% (45/54)	Mantenimento	5
				30

** in ragione del passaggio a ricoveri di un
giorno della casistica diurna si è avuto un
peggioramento delle DM Trimmate*

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Chirurgia Toracica
Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Ospedaliera Tot valore = € 1.501.087,00 Ord € 1.501.087,00 - Punti Drg 412,82 Ambulatoriale: € 2.743,46 Prestazioni interne: € 5.399,72	Incremento	Ccd	10
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Farmacia/ Bilancio	5
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	CCD	30
	2	Farmaci antibiotici - Procedura Antibioticoprofilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibioticoprofilassi per tutte le specialità chirurgiche	SIA/ Farmacia	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Chirurgia Toracica
Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.		

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Chirurgia Toracica
Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5
	2	Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino	CCD/SIA/DS	10
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo		
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Chirurgia Toracica
Dottor Giuseppe Pastorino

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.S.D. Chirurgia Toracica
Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino

Indicatore	Monitoraggio Anno 2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza media	9,70	9,81	9	10
Degenza media trimmata a sn	10,12	10,21	no	0
Degenza media trimmata a dx	9,51	9,64	no	0
Peso Medio	2,25	2,35	Mantenimento	5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,28	1,30	<=1	5
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	7,69% (20/260)	4,42% (8/181)	Mantenimento <15%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	3,66% (9/246)	3,39% (6/177)	Mantenimento <5,50%	5
				30

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Chirurgia Vascolare
Direttore Dottore Gianantonio Simoni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Ospedaliera Tot valore = € 2.140.182, Ord € 2.107.102,00 - Punti Drg 691,15 Dh € 10.624,00- Punti Drg 6,29 Ds € 22.456,00- Punti Drg 12,11 Ambulatoriale: € 64.194,74 Prestazioni interne: € 36.047,43	Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Farmacia/ Bilancio	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	CCD	30	0
	2	Farmaci antibiotici - Procedura Antibioticoprofilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibioticoprofilassi per tutte le specialità chirurgiche	SIA/ Farmacia/D S/CIO	15	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Chirurgia Vascolare
Direttore Dottore Gianantonio Simoni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/Prof San	0	20
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/SC Trasf	0	25
PDTA	1	PDTA Ospedaliero del paziente affetto da malattia renale cronica in fase avanzata, con coinvolgimento di A.N.E.D. di concerto con S.C. Nefrologia e Dialisi, S.C. Chirurgia Generale, S.C. Radiologia(S.S. Radiologia Interventistica), S.C. Anestesia e Rianimazione, S.C. Laboratorio Analisi, Direzione POU	Elaborazione PDTA		- Entro 31 marzo 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 giugno 2018 evidenza di almeno un incontro del Gruppo - Entro 31 ottobre 2018 redazione del PDTA assegnato	POU	10	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Chirurgia Vascolare
Direttore Dottore Gianantonio Simoni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Chirurgia Vascolare
Direttore Dottore Gianantonio Simoni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	3	Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino	CCD/SIA/DS	10	10
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Chirurgia Vascolare
Dottor Gianantonio Simoni

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Chirurgia Vascolare
Direttore Dott. Gianantonio Simoni

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza media	7,17	6,67	Mantenimento	5
Degenza media trimmata a sn	7,94	8,45	no	0
Degenza media trimmata a dx	6,99	6,52	no	0
Peso Medio	1,94	1,87	Mantenimento	5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,36	1,50	<=1 giorno	5
Indicatore C4.1: DRG medici dimessi da reparti chirurgici %	12,06% (52/431)	14,50% (57/393)	Mantenimento <15%	0
Dgr 1746/2014 : trasferimento in regime ambulatoriale - cod. intervento 38.59 - casistica affidente il Drg 119	Drg 119= 56 casi di cui 3 ord - 8 ods - 45 dh Prest amb chir cod 38.59= 19	Drg 119=32 casi di cui 16 casi ord - 16 casi dh/ds Prest amb chir 38.59J= 8 casi	Trasferimento in regime ambulatoriale chirurgico della patologia trattata in ricovero ordinario*	15
				30

**Evidenza di motivazioni cliniche per i casi non trattati a livello ambulatoriale*

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Day e Week Surgery
Responsabile Dottore Marco Castagnola

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Ospedaliera Tot valore = € 1.857.024,00 Ord € 1.403.012,00 - Punti Drg 724,05 DS € 406.453,00 - Punti Drg 236,97 Dh € 47.559,00 - Punti Drg 29,79 Ambulatoriale: € 659.529,73 Prestazioni interne: € 2.138,31	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/CCD</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Farmaci antibiotici - Procedura Antibioticoprofilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibioticoprofilassi per tutte le specialità chirurgiche	<i>SIA/Farmacia/DS/CIO</i>	15	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Day e Week Surgery
Responsabile Dottore Marco Castagnola

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/ Prof San	0	20
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf	0	20
PDTA	1	Casistica ambulatoriale "complessa", DS e ricovero ordinario di un giorno	Elaborazione PDTA		<ul style="list-style-type: none"> - Entro 30 aprile 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 settembre stesura PDTA - Entro 30 novembre sperimentazione e pubblicazione sul sito 	POU	5	5
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Day e Week Surgery
Responsabile Dottore Marco Castagnola

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Day e Week Surgery
Responsabile Dottore Marco Castagnola

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	3	Progetto Informatizzazione sale: Estensione dell'applicazione in uso su tutti i blocchi operatori di Asl3	Applicativo in uso		ADT installata entro il 30/06/2018 Applicativo in uso nel 100% delle strutture entro il 31/12/2018 in coerenza con progetto di estensione attivato: Validazione moduli da parte del POU e avvio estensivo progressivo a partire dal 01/09/2018 da concludersi entro il 31/10/2018 In produzione dal 01/11/2018	CCD/SIA/DS	10	10
		Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino			
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Day e Week Surgery
Dottor Marco Castagnola

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.S.D. Day e Week Surgery
Dottore Marco Castagnola

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	1,42% WS 0% DS	0,98% WS 0% DS	Mantenimento	10
Indicatore C4.4: % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	79,38% (77/97)	74,36% (58/78)	Incremento del 2%	10
Trasferimento in regime ambulatoriale DRG 160 e DRG 162 (prestazioni ad alto rischio inappropriatezza Dgr1222/2011)	17 interventi in regime di ricovero ordinario 210 interventi in regime di ricovero diurno 391 interventi in regime ambulatoriale = 63,27% sul totale casi	16 interventi in regime di ricovero ordinario 165 interventi in regime di ricovero diurno 327 interventi in regime ambulatoriale = 64,37% sul totale casi	Incremento del 2%	10
				30

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Ortopedia e Traumatologia
Direttore Dott. Franco Pleitavino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = €</i> 3.791.916,00 Ord € 3.715.549,00 - Punti Drg 1.017,37 Dh € 73.11,00 - Punti Drg 42,58 DS € 3.257,00 - Punti Drg 1,83 Ambulatoriale: € 32.607,65 Prestazioni interne: € 139.671,93	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata		vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	4	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/ Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	25	0
	2	Farmaci antibiotici - Procedura Antibioticoprofilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibioticoprofilassi per tutte le specialità chirurgiche	<i>SIA/ Farmacia/ DS/CIO</i>	10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Ortopedia e Traumatologia
Direttore Dott. Franco Pleitavino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Mantenimento/Incremento attività relativa a Drg dell'Area Ortopedica -MDC 8- ai fini della riduzione della mobilità passiva - DGR 824/2017	nr casi prodotti per DRG: 225 503 544-545	Al 30/9/2017: Drg 225 nr 213 casi - proiezione anno nr 284 casi - atteso nr 290 casi Drg 503 nr 81 casi - proiezione anno nr 108 casi - atteso nr 125 casi Drg 544-545 nr 182 casi - proiezione anno nr 243 casi - atteso nr 265 casi	Incremento del 5% rispetto all'obiettivo regionale	CCD	5	0
	4	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		AL 30/6 verifica Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/ Prof San	0	15
	5	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf	0	15
	6	Cartella Clinica Ambulatoriale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018 per l'area riabilitativa)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni	POU/Prof San	0	15
PDTA	1	PDTA FEMORE	presenza di PDTA in cartella clinica evidenza compilazione scheda ARC		Almeno il 90% delle cartelle devono contenere la scheda ARC compilata correttamente	DS/POU	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Ortopedia e Traumatologia
Direttore Dott. Franco Pleitavino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Ortopedia e Traumatologia
Direttore Dott. Franco Pleitavino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PROGETTI	1	Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino	CCD/SIA/ DS	10	10	
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo				
PROGETTI	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Ortopedia e Traumatologia
Dottor Franco Pleitavino

Obiettivi A.Li.Sa. - Anno 2018

Obiettivi Alisa per produzione 2018	Indicatore di risultato	Risultato atteso Anno 2018
Incremento della produzione chirurgica in elezione	Registro sala operatoria - Flusso SDO e Ambulatoriale	Ottimizzazione nell'uso delle sale operatorie. Incremento di un intervento in media per seduta operatoria in ragione della conferma delle deroghe richieste per personale medico e di comparto. Autorizzate e coordinate dalla Direzione Medica di Presidio, se sature la sedute del mattino, le attività a gettone.

I volumi saranno confermati in sede di comunicazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018. Ne conseguiranno rimodulazione e monitoraggio.

INDICATORI DI PERFORMANCE

S.C. Ortopedia e Traumatologia

Direttore Dott. Franco Pleitavino

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza media lorda	12,85	12,28	11,5	5
Degenza media trimmata a sn	13,38	12,81	no	0
Degenza media trimmata a dx	11,77	11,48	no	0
Peso Medio	1,43	1,50	Mantenimento	0
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,65	1,25	Mantenimento	0
Indicatore C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	52,59% (132/251)	50,48% (106/210)*	Incremento - Almeno 75%	10
Indicatore C5.12 Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate	93,31% (251/269)	95,02% (210/221)	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi	20,71% (29/140)	30,33% (37/122)	<15,05%	5
				25

INDICATORI PNE

Entro 3 gg dall'ammissione **65,24% (137/210)***
dimessi come richiede il parametro MES da reparti per acuti

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Urologia
Direttore f.f. Dottore Luigi Fasce

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = €</i> 1.996.596,00 Ord € 1.853.736,00 - Punti Drg 583,75 Ds € 50.643,00 - Punti Drg 42,77 Dh € 92.217,00 - Punti Drg 68,75 Ambulatoriale: € 182.631,93 Prestazioni interne: € 51.549,83	Incremento	<i>Ccd</i>	5	5
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata		vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	4	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Farmaci antibiotici - Procedura Antibiotico profilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibiotico profilassi per tutte le specialità chirurgiche	<i>SIA/ Farmacia/D S/CIO</i>	10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Urologia
Direttore f.f. Dottore Luigi Fasce

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/Prof San	0	20
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/SC Trasf	0	25
PDTA	1	Prosecuzione progetto rete Uro - Oncologica area metropolitana	Nr pazienti trattati in collaborazione tra le due Aziende		Incremento del numero dei casi trattati a livello interaziendale	POU/DS	5	5
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check - stato dell'arte</p> <p>Ottobre - Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Urologia
Direttore f.f. Dottore Luigi Fasce

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Urologia
Direttore f.f. Dottore Luigi Fasce

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	3	Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino	DS/ CCD/ SIA	10	10
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Urologia
Dottor Luigi Fasce

Obiettivi A.Li.Sa. - Anno 2018

Obiettivi Alisa per produzione 2018	Indicatore di risultato	Risultato atteso Anno 2018
Incremento della produzione chirurgica in elezione	Registro sala operatoria - Flusso SDO e Ambulatoriale	Ottimizzazione nell'uso delle sale operatorie. Incremento di un intervento in media per seduta operatoria in ragione della conferma delle deroghe richieste per personale medico e di comparto. Autorizzate e coordinate dalla Direzione Medica di Presidio, se sature la sedute del mattino, le attività a gettone.

I volumi saranno confermati in sede di comunicazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018. Ne conseguiranno rimodulazione e monitoraggio.

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Urologia
Dottore Luigi Fasce

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza media lorda	7,10	6,7	6,5	5
Degenza media trimmata a sn	7,29	7,13	no	0
Degenza media trimmata a dx	6,65	6,13	no	0
Peso Medio	0,97	0,93	1,25	5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,29	1,12	Obt regionale = 1 g	5
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	38,41% (285/742) ord 29,87% (92/308) diurno*	33,49% (209/624) ord 57,58% (95/165) dh/ds	<14%	2,5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	5,36% (38/709)	6,36% (39/613)	<=5,50%	2,5
Indicatore C5.3: % prostatectomie transuretrali	55,07% (38/69)	72% (36/50)	Indicatori MES 2015 = >85% *	10
				30

* subordinatamente alla adeguatezza della dotazione tecnologica

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali
Fino al riassorbimento delle funzioni di Direzione Dipartimentale da parte del Direttore Socio Sanitario
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Innalzare il livello della qualità assistenziale nelle strutture sociosanitarie per disabili anche con riferimento all'appropriatezza degli interventi Rilevazione degli Indicatori di Qualità nelle strutture sociosanitarie per disabili, definiti a livello Regionale e indicati negli accordi contrattuali	Realizzazione Scheda di Benchmark a tre mesi dall'introduzione della scheda da parte di Alisa	Sperimentazione della Scheda di Benchmark nel 30% delle Strutture a contratto a tre mesi dall'introduzione della scheda da parte di Alisa	Direttore Dip.	25	25
	2	Implementare l'offerta residenziale e semiresidenziale socio - riabilitativa ad elevato e medio impegno assistenziale per disabili adulti, anche attraverso la riconversione parziale degli attuali servizi, in applicazione delle nuove disposizioni in materia di LEA (DPCM 12 Gennaio 2017) Analisi del fabbisogno socioriabilitativo delle persone attualmente inserite in struttura e del relativo livello di intensità, propedeutica alla programmazione regionale	Valutazione delle persone disabili inserite in strutture residenziali e semiresidenziali	<=90% di persone disabili valutate	Direttore Dip.	25	25
PROGETTI	1	Progetto: INSERIMENTO DELLE ANALISI EMATOCHIMICHE E VISUALIZZAZIONE DEI REFERTI SUL PORTALE DNTERRITORIO		Vedi scheda progetto	Direttore Dip.	20	20
	2	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer	Unica interfaccia con utente	Come da cronoprogramma progetto	CCD	20	20
	3	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
Dipartimento Cure Primarie
Dottoressa Daniela Dall'Agata

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 8 Ponente
Direttore Dottore Filippo Parodi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017</i> Ambulatoriale: € 398.770,06	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	<p>Area socio – sanitaria integrata:</p> <p>a) per almeno il 70% dei pazienti in presenza di bisogno sanitario manifesto, attraverso la creazione di un raccordo fra Distretto ed Ospedale di riferimento, almeno 1 accesso domiciliare da parte del personale sanitario distrettuale entro 48 ore (esclusi prefestivi e festivi) dalla dimissione.</p> <p>b) almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermate nel questionario SUNFRAIL</p>	<p>a) Numero di pazienti con attivazione ADI (cure domiciliari) entro 48 ore dalla dimissione / totale dimissioni dei pazienti con bisogno sanitario manifesto</p> <p>Obiettivo > = 70%</p> <p>b)N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande previa informativa mail ai MMg</p>		<p>a)Entro giugno 2018 incontri con UVO di ASL 3,E.O.Galliera, Ospedale Policlinico San Martino ed Ospedale Evangelico per condivisione modalità di segnalazione .</p> <p>Entro 31 dicembre 2018 almeno 70% visite domiciliari dei pazienti segnalati alla dimissione da parte del personale sanitario entro 48 ore</p> <p>b) 70% visite a domicilio rispetto agli over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutti gli item (esclusi pre festivi e festivi)</p>		10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 8 Ponente
Direttore Dottore Filippo Parodi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	2	Gestione tempi di attesa delle prestazioni specialistiche: Rimodulazione dell'offerta aziendale di prestazioni ambulatoriali nelle branche Cardiologia, Reumatologia, Fisiatria, Ortopedia e Diabetologia con integrazione della componente ospedaliera e territoriale, del personale dipendente e convenzionato. In particolare dovrà essere previsto il coinvolgimento del Direttore di S.C. nella disciplina ospedaliera coinvolta con l'evidenza di un piano di condivisione delle risorse specialistiche, anche ai fini dell'abbattimento dei tempi di attesa con particolare riguardo alle prestazioni con codice di priorità B;	numero di turni scoperti territoriali ricoperti attraverso l'integrazione con la componente ospedaliera obiettivo: > = 90%.		Attivazione tavolo aziendale tecnico con le Specialità e DSS Nr turni scoperti > = 90%	S.C. Cure primarie/Direzione sanitaria aziendale.	10	5
	3	Gestione degli spazi aziendali:	<ul style="list-style-type: none"> Evidenza mappatura destinazione ambienti; Evidenza Piano di riorganizzazione dell'utilizzo degli spazi da destinare a servizi erogati alla persona (individuazione di spazi impropriamente utilizzati rispetto alla logistica distrettuale e conseguente ipotesi di riutilizzo); Definizione di specifiche procedure per il controllo e la gestione di tutti gli ambienti e di tutte le strutture aziendali; Recupero alla disponibilità aziendale del 10% degli spazi distrettuali. 		Entro scadenza contrattuale		10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 8 Ponente
Direttore Dottore Filippo Parodi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Obiettivi specifici: Attività di supervisione e controllo e rispetto del cronoprogramma sull'apertura delle nuove sedi di Martinez e Coproma.			Entro scadenza contrattuale		15	5
	5	Implementare proattività/ empowerment prevenzione cadute scheda di valutazione SVFT (valutazione fisioterapica) Scheda "Empowerment la prevenzione delle cadute e del decondizionamento motorio funzionale di utenti anziani fragili"	% NUMERO DI UTENTI CUI E' APPLICATA SVFT - EMPOWERMENT		AL 31/12/2018 almeno l'80% degli utenti presi in carico	Prof San	0	10
	6	Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse nelle strutture ambulatoriali distrettuali	definizione della procedura per uniformare le modalità operative di gestione delle strutture ambulatoriali nei sei distretti (personale, aspetti igienico sanitari, verifiche)		Entro giugno 2018 definizione della procedura Da settembre 2018 implementazione delle modalità operative	Prof San	0	10
	7	Area cure domiciliari: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema cartella multidisciplinare del servizio di cure domiciliari	Riduzione/Trattamento delle osservazioni da parte dell'ente certificatore (ISO 9001) riguardanti la cartella multidisciplinare		conduzione di un audit a semestre per ogni sede distrettuale verbali di audit	Prof San		
	8	Area cure domiciliari: revisione modalità di segnalazione da parte dei MM.MM.GG. per semplificare presa in carico	revisionare e semplificare il sistema di segnalazione alle cure domiciliari da parte dei MM.MM.GG.		Entro aprile 2018 costituzione del gruppo di lavoro per la revisione delle modalità di segnalazione Entro aprile 2018 elaborazione modulistica Entro giugno 2018 proposta alle Direzioni Distrettuali di condivisione con MM.GG. Entro settembre 2018 approvazione della modulistica; Implementazione utilizzo nuove modalità di segnalazione.	Prof San	5	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 8 Ponente
Direttore Dottore Filippo Parodi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE <i>Cure domiciliari</i>	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>		<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>			
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE <i>Martinez</i>	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 14001</p>		<p>Entro Settembre 2018 Audit I parte</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 8 Ponente
Direttore Dottore Filippo Parodi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico. (Cure domiciliari e Ambulatori infermieristici)	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	5	5
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Evidenza progetto proposto ad A.LI.Sa. Attivazione del modulo pagamenti tramite TOTEM		Entro il 30/04/2018 Entro il 30/06/2018	CCD	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Distretto 8 Ponente
Dottor Filippo Parodi

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Distretto Socio Sanitario 8

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla proprio Distretto, attraverso incontri, da effettuarsi a partire dal 02/07/2018 ed entro il 31/12/2018. Predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 31/12/2018..
2) Estensione del monitoraggio tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012 ai processi soggetti alla gestione del rischio.	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo di formati aperti	Estendere il monitoraggio dei tempi dei procedimenti anche ai seguenti processi soggetti alla gestione del rischio: a) Autorizzazione assistenza domiciliare programmata; b) Autorizzazione rimborso trasporti emodializzati con mezzo proprio, emodialisi e contributo annuale per dialisi domiciliare peritoneale. I dati saranno trasmessi a cadenza semestrale: I semestre entro il 15/07/2018; Il semestre entro il 15/01/2019.
3) Riformulazione del Questionario/monitoraggio sul rispetto degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T. 2018 - 2020 e nel Codice di Comportamento in modo da adattarlo alla realtà e alle attività del Distretti	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30 ottobre prevedere almeno due incontri con il RPCT (o suoi collaboratori) in modo da concordare le modifiche e l'aggiornamento del questionario/monitoraggio

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 9 Medio Ponente
Direttore Dottoressa Loredana Minetti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017</i> Ambulatoriale: € 722.453,83	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	Area socio – sanitaria integrata: a) per almeno il 70% dei pazienti in presenza di bisogno sanitario manifesto, attraverso la creazione di un raccordo fra Distretto ed Ospedale di riferimento, almeno 1 accesso domiciliare da parte del personale sanitario distrettuale entro 48 ore (esclusi prefestivi e festivi) dalla dimissione. b) almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermative nel questionario SUNFRAIL	a) Numero di pazienti con attivazione ADI (cure domiciliari) entro 48 ore dalla dimissione / totale dimissioni dei pazienti con bisogno sanitario manifesto Obiettivo > = 70% b)N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande previa informativa mail ai MMg		a)Entro giugno 2018 incontri con UVO di ASL 3,E.O.Galliera, Ospedale Policlinico San Martino ed Ospedale Evangelico per condivisione modalità di segnalazione . Entro 31 dicembre 2018 almeno 70% visite domiciliari dei pazienti segnalati alla dimissione da parte del personale sanitario entro 48 ore b) 70% visite a domicilio rispetto agli over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutti gli item (esclusi pre festivi e festivi)		10	10
	2	Gestione tempi di attesa delle prestazioni specialistiche: Rimodulazione dell'offerta aziendale di prestazioni ambulatoriali nelle branche Cardiologia, Reumatologia, Fisiatria, Ortopedia e Diabetologia con integrazione della componente ospedaliera e territoriale, del personale dipendente e convenzionato. In particolare dovrà essere previsto il coinvolgimento del Direttore di S.C. nella disciplina ospedaliera coinvolta con l'evidenza di un piano di condivisione delle risorse specialistiche, anche ai fini dell'abbattimento dei tempi di attesa con particolare riguardo alle prestazioni con codice di priorità B;	numero di turni scoperti territoriali ricoperti attraverso l'integrazione con la componente ospedaliera obiettivo: > = 90%.		Attivazione tavolo aziendale tecnico con le Specialità e DSS Nr turni scoperti > = 90%	<i>S.C. Cure primarie/Direzione sanitaria aziendale.</i>	10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 9 Medio Ponente
Direttore Dottoressa Loredana Minetti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Gestione degli spazi aziendali:	<ul style="list-style-type: none"> Evidenza mappatura destinazione ambienti; Evidenza Piano di riorganizzazione dell'utilizzo degli spazi da destinare a servizi erogati alla persona (individuazione di spazi impropriamente utilizzati rispetto alla logistica distrettuale e conseguente ipotesi di riutilizzo); Definizione di specifiche procedure per il controllo e la gestione di tutti gli ambienti e di tutte le strutture aziendali; Recupero alla disponibilità aziendale del 10% degli spazi distrettuali. 		Entro scadenza contrattuale		10	5
	4	Obiettivi specifici: Riorganizzazione degli spazi c/o la Sede di Fiumara ai fini di riservarli unicamente ai servizi destinati alla persona.	Presentazione piano progettuale		Evidenza piano di riorganizzazione spazi entro scadenza contrattuale		15	5
	5	Implementare proattività/ empowerment prevenzione cadute scheda di valutazione SVFT (valutazione fisioterapia) Scheda "Empowerment la prevenzione delle cadute e del decondizionamento motorio funzionale di utenti anziani fragili"	% NUMERO DI UTENTI CUI E' APPLICATA SVFT - EMPOWERMENT		AL 31/12/2018 almeno l'80% degli utenti presi in carico	Prof San	0	10
	6	Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse nelle strutture ambulatoriali distrettuali	definizione della procedura per uniformare le modalità operative di gestione delle strutture ambulatoriali nei sei distretti (personale, aspetti igienico sanitari, verifiche)		Entro giugno 2018 definizione della procedura Da settembre 2018 implementazione delle modalità operative	Prof San	0	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 9 Medio Ponente
Direttore Dottoressa Loredana Minetti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	7	Area cure domiciliari: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema cartella multidisciplinare del servizio di cure domiciliari	Riduzione/Trattamento delle osservazioni da parte dell'ente certificatore (ISO 9001) riguardanti la cartella multidisciplinare		conduzione di un audit a semestre per ogni sede distrettuale verbali di audit	Prof San	5	10
	8	Area cure domiciliari: revisione modalità di segnalazione da parte dei MM.MM.GG. per semplificare presa in carico	revisionare e semplificare il sistema di segnalazione alle cure domiciliari da parte dei MM.MM.GG.		Entro aprile 2018 costituzione del gruppo di lavoro per la revisione delle modalità di segnalazione Entro aprile 2018 elaborazione modulistica Entro giugno 2018 proposta alle Direzioni Distrettuali di condivisione con MM.GG. Entro settembre 2018 approvazione della modulistica; Implementazione utilizzo nuove modalità di segnalazione.			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 9 Medio Ponente
Direttore Dottoressa Loredana Minetti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr. Org. Sanitaria	10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE <i>Cure domiciliari</i>	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>		<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accredimento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>			
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico. (<i>Cure domiciliari e Ambulatori infermieristici</i>)	<p>1) Stesura delle proposte di miglioramento</p> <p>2) Espressione degli indicatori di processo ed esito</p>		Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 9 Medio Ponente
Direttore Dottoressa Loredana Minetti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Evidenza progetto proposto ad A.LI.Sa. Attivazione del modulo pagamenti tramite TOTEM		Entro il 30/04/2018 Entro il 30/06/2018	CCD	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Distretto 9 Medio Ponente
Dottoressa Loredana Minetti

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Distretto Socio Sanitario 9

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla proprio Distretto, attraverso incontri, da effettuarsi a partire dal 02/07/2018 ed entro il 31/12/2018. Predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 31/12/2018..
2) Estensione del monitoraggio tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012 ai processi soggetti alla gestione del rischio.	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo di formati aperti	Estendere il monitoraggio dei tempi dei procedimenti anche ai seguenti processi soggetti alla gestione del rischio: a) Autorizzazione trasporti in ambulanza pazienti non deambulanti; b) Autorizzazione assistenza domiciliare programmata; I dati saranno trasmessi a cadenza semestrale: I semestre entro il 15/07/2018; II semestre entro il 15/01/2019.
3) Riformulazione del Questionario/monitoraggio sul rispetto degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T. 2018 - 2020 e nel Codice di Comportamento in modo da adattarlo alla realtà e alle attività del Distretti	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30 ottobre prevedere almeno due incontri con il RPCT (o suoi collaboratori) in modo da concordare le modifiche e l'aggiornamento del questionario/monitoraggio

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017</i> <i>Ambulatoriale: €</i> 398.770,06	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	<p>Area socio – sanitaria integrata:</p> <p>a) per almeno il 70% dei pazienti in presenza di bisogno sanitario manifesto, attraverso la creazione di un raccordo fra Distretto ed Ospedale di riferimento, almeno 1 accesso domiciliare da parte del personale sanitario distrettuale entro 48 ore (esclusi prefestivi e festivi) dalla dimissione.</p> <p>b) almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermative nel questionario SUNFRAIL</p>	<p>a) Numero di pazienti con attivazione ADI (cure domiciliari) entro 48 ore dalla dimissione / totale dimissioni dei pazienti con bisogno sanitario manifesto</p> <p>Obiettivo > = 70%</p> <p>b)N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande previa informativa mail ai MMg</p>		<p>a)Entro giugno 2018 incontri con UVO di ASL 3,E.O.Galliera, Ospedale Policlinico San Martino ed Ospedale Evangelico per condivisione modalità di segnalazione .</p> <p>Entro 31 dicembre 2018 almeno 70% visite domiciliari dei pazienti segnalati alla dimissione da parte del personale sanitario entro 48 ore</p> <p>b) 70% visite a domicilio rispetto agli over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutti gli item (esclusi pre festivi e festivi)</p>		10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	2	Gestione tempi di attesa delle prestazioni specialistiche: Rimodulazione dell'offerta aziendale di prestazioni ambulatoriali nelle branche Cardiologia, Reumatologia, Fisiatria, Ortopedia e Diabetologia con integrazione della componente ospedaliera e territoriale, del personale dipendente e convenzionato. In particolare dovrà essere previsto il coinvolgimento del Direttore di S.C. nella disciplina ospedaliera coinvolta con l'evidenza di un piano di condivisione delle risorse specialistiche, anche ai fini dell'abbattimento dei tempi di attesa con particolare riguardo alle prestazioni con codice di priorità B;	numero di turni scoperti territoriali ricoperti attraverso l'integrazione con la componente ospedaliera obiettivo: > = 90%.		Attivazione tavolo aziendale tecnico con le Specialità e DSS Nr turni scoperti > = 90%	S.C. Cure primarie/Direzione sanitaria aziendale.	10	5
	3	Gestione degli spazi aziendali:	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza mappatura destinazione ambienti; • Evidenza Piano di riorganizzazione dell'utilizzo degli spazi da destinare a servizi erogati alla persona (individuazione di spazi impropriamente utilizzati rispetto alla logistica distrettuale e conseguente ipotesi di riutilizzo); • Definizione di specifiche procedure per il controllo e la gestione di tutti gli ambienti e di tutte le strutture aziendali; • Recupero alla disponibilità aziendale del 10% degli spazi distrettuali. 		Entro scadenza contrattuale		10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Obiettivi specifici: Attività di supervisione e controllo e rispetto del cronoprogramma sull'apertura delle nuove sedi di Martinez e Coproma.			Entro scadenza contrattuale		15	5
	5	Implementare proattività/empowerment prevenzione cadute scheda di valutazione SVFT (valutazione fisioterapica) Scheda "Empowerment la prevenzione delle cadute e del decondizionamento motorio funzionale di utenti anziani fragili"	% NUMERO DI UTENTI CUI E' APPLICATA SVFT-EMPOWERMENT		AL 31/12/2018 almeno l'80% degli utenti presi in carico	Prof San	0	10
	6	Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse nelle strutture ambulatoriali distrettuali	definizione della procedura per uniformare le modalità operative di gestione delle strutture ambulatoriali nei sei distretti (personale, aspetti igienico sanitari, verifiche)		Entro giugno 2018 definizione della procedura Da settembre 2018 implementazione delle modalità operative	Prof San	0	10
	7	Area cure domiciliari: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema cartella multidisciplinare del servizio di cure domiciliari	Riduzione/Trattamento delle osservazioni da parte dell'ente certificatore (ISO 9001) riguardanti la cartella multidisciplinare		conduzione di un audit a semestre per ogni sede distrettuale verbali di audit			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	8	Area cure domiciliari: revisione modalità di segnalazione da parte dei MM.MM.GG. per semplificare presa in carico	revisionare e semplificare il sistema di segnalazione alle cure domiciliari da parte dei MM.MM.GG.		Entro aprile 2018 costituzione del gruppo di lavoro per la revisione delle modalità di segnalazione Entro aprile 2018 elaborazione modulistica Entro giugno 2018 proposta alle Direzioni Distrettuali di condivisione con MM.GG. Entro settembre 2018 approvazione della modulistica; Implementazione utilizzo nuove modalità di segnalazione.	Prof San	5	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredитamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredитamento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accredитamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE Cure domiciliari	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredитamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>		<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico. (Cure domiciliari e Ambulatori infermieristici)	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	5	5
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Evidenza progetto proposto ad A.LI.Sa. Attivazione del modulo pagamenti tramite TOTEM		Entro il 30/04/2018 Entro il 30/06/2018	CCD	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia
Dottoressa Maria Romana Dellepiane

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Distretto Socio Sanitario 10

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla proprio Distretto, attraverso incontri, da effettuarsi a partire dal 02/07/2018 ed entro il 31/12/2018. Predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 31/12/2018..
2) Estensione del monitoraggio tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012 ai processi soggetti alla gestione del rischio.	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo di formati aperti	Estendere il monitoraggio dei tempi dei procedimenti anche ai seguenti processi soggetti alla gestione del rischio: a) Autorizzazione trasporti in ambulanza pazienti non deambulanti; b) Autorizzazione assistenza domiciliare programmata; I dati saranno trasmessi a cadenza semestrale: I semestre entro il 15/07/2018; II semestre entro il 15/01/2019.
3) Riformulazione del Questionario/monitoraggio sul rispetto degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T. 2018 - 2020 e nel Codice di Comportamento in modo da adattarlo alla realtà e alle attività del Distretti	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30 ottobre prevedere almeno due incontri con il RPCT (o suoi collaboratori) in modo da concordare le modifiche e l'aggiornamento del questionario/monitoraggio

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 11 Centro
Direttore Dottor Mario Fisci

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017 Ambulatoriale:</i>	Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	Area socio – sanitaria integrata: a) per almeno il 70% dei pazienti in presenza di bisogno sanitario manifesto, attraverso la creazione di un raccordo fra Distretto ed Ospedale di riferimento, almeno 1 accesso domiciliare da parte del personale sanitario distrettuale entro 48 ore (esclusi prefestivi e festivi) dalla dimissione. b) almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermativo nel questionario SUNFRAIL	a) Numero di pazienti con attivazione ADI (cure domiciliari) entro 48 ore dalla dimissione / totale dimissioni dei pazienti con bisogno sanitario manifesto Obiettivo > = 70% b)N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande previa informativa mail ai MMg		a)Entro giugno 2018 incontri con UVO di ASL 3,E.O.Galliera, Ospedale Policlinico San Martino ed Ospedale Evangelico per condivisione modalità di segnalazione . Entro 31 dicembre 2018 almeno 70% visite domiciliari dei pazienti segnalati alla dimissione da parte del personale sanitario entro 48 ore b) 70% visite a domicilio rispetto agli over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutti gli item (esclusi pre festivi e festivi)		10	10
	2	Gestione tempi di attesa delle prestazioni specialistiche: Rimodulazione dell'offerta aziendale di prestazioni ambulatoriali nelle branche Cardiologia, Reumatologia, Fisiatria, Ortopedia e Diabetologia con integrazione della componente ospedaliera e territoriale, del personale dipendente e convenzionato. In particolare dovrà essere previsto il coinvolgimento del Direttore di S.C. nella disciplina ospedaliera coinvolta con l'evidenza di un piano di condivisione delle risorse specialistiche, anche ai fini dell'abbattimento dei tempi di attesa con particolare riguardo alle prestazioni con codice di priorità B;	numero di turni scoperti territoriali ricoperti attraverso l'integrazione con la componente ospedaliera obiettivo: > = 90%.		Attivazione tavolo aziendale tecnico con le Specialità e DSS Nr turni scoperti > = 90%	S.C. Cure primarie/Direzione sanitaria aziendale.	10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 11 Centro
Direttore Dottor Mario Fiscì

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Gestione degli spazi aziendali:	<ul style="list-style-type: none"> Evidenza mappatura destinazione ambienti; Evidenza Piano di riorganizzazione dell'utilizzo degli spazi da destinare a servizi erogati alla persona (individuazione di spazi impropriamente utilizzati rispetto alla logistica distrettuale e conseguente ipotesi di riutilizzo); Definizione di specifiche procedure per il controllo e la gestione di tutti gli ambienti e di tutte le strutture aziendali; Recupero alla disponibilità aziendale del 10% degli spazi distrettuali. 		Entro scadenza contrattuale		10	5
	4	Obiettivi specifici: Riorganizzazione degli spazi c/o la Sede di Fiumara ai fini di riservarli unicamente ai servizi destinati alla persona.			Entro scadenza contrattuale		15	5
	5	Implementare proattività/ empowerment prevenzione cadute scheda di valutazione SVFT (valutazione fisioterapia) Scheda "Empowerment la prevenzione delle cadute e del decondizionamento motorio funzionale di utenti anziani fragili"	% NUMERO DI UTENTI CUI E' APPLICATA SVFT - EMPOWERMENT		AL 31/12/2018 almeno l'80% degli utenti presi in carico	Prof San	0	10
	6	Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse nelle strutture ambulatoriali distrettuali	definizione della procedura per uniformare le modalità operative di gestione delle strutture ambulatoriali nei sei distretti (personale, aspetti igienico sanitari, verifiche)		Entro giugno 2018 definizione della procedura Da settembre 2018 implementazione delle modalità operative	Prof San	0	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 11 Centro
Direttore Dottor Mario Fiscì

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	7	Area cure domiciliari: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema cartella multidisciplinare del servizio di cure domiciliari	Riduzione/Trattamento delle osservazioni da parte dell'ente certificatore (ISO 9001) riguardanti la cartella multidisciplinare		conduzione di un audit a semestre per ogni sede distrettuale verbali di audit	Prof San	5	10
	8	Area cure domiciliari: revisione modalità di segnalazione da parte dei MM.MM.GG. per semplificare presa in carico	revisionare e semplificare il sistema di segnalazione alle cure domiciliari da parte dei MM.MM.GG.		Entro aprile 2018 costituzione del gruppo di lavoro per la revisione delle modalità di segnalazione Entro aprile 2018 elaborazione modulistica Entro giugno 2018 proposta alle Direzioni Distrettuali di condivisione con MM.GG. Entro settembre 2018 approvazione della modulistica; Implementazione utilizzo nuove modalità di segnalazione.			
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE Cure domiciliari	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Luglio 2018 - Audit III parte per transazione			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 11 Centro
Direttore Dottor Mario Fisci

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE Cure domiciliari	<i>Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</i>		Luglio 2018 - Audit I parte a completamento (La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>		
	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico. <i>(Cure domiciliari e Ambulatori infermieristici)</i>	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	<i>UGR</i>	5	5
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	5	5
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Evidenza progetto proposto ad A.LI.Sa. Attivazione del modulo pagamenti tramite TOTEM		Entro il 30/04/2018 Entro il 30/06/2018	<i>CCD</i>	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Distretto 11 Centro
Dottor Mario Fisci

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Distretto Socio Sanitario 11

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla proprio Distretto, attraverso incontri, da effettuarsi a partire dal 02/07/2018 ed entro il 31/12/2018. Predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 31/12/2018.
Estensione del monitoraggio tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012 ai processi soggetti alla gestione del rischio.	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo di formati aperti	Estendere il monitoraggio dei tempi dei procedimenti anche ai seguenti processi soggetti alla gestione del rischio: a) Autorizzazione trasporti in ambulanza pazienti non deambulanti; b) Autorizzazione assistenza domiciliare programmata; I dati saranno trasmessi a cadenza semestrale: I semestre entro il 15/07/2018; Il semestre entro il 15/01/2019.
Riformulazione del Questionario/monitoraggio sul rispetto degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T. 2018 - 2020 e nel Codice di Comportamento in modo da adattarlo alla realtà e alle attività del Distretti	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30 ottobre prevedere almeno due incontri con il RPCT (o suoi collaboratori) in modo da concordare le modifiche e l'aggiornamento del questionario/monitoraggio
Aggiornare la gestione del rischio dei procedimenti/processi già mappati attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare l'attività di rianalisi verterà: a) sulla descrizione dei rischi; b) sulle misure di prevenzione in modo che risultino concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi;	Rispetto tempistica trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 30/10/2018 invio al RPCT della tabella sulla gestione del rischio e del monitoraggio sul trattamento rivista/modificata/aggiornata, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT
Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura, comprese le disposizioni sull'assetto organizzativo interno	Rispetto tempistica trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	a) Entro il 30 novembre compilare e trasmettere il nuovo Questionario/monitoraggio aggiornato al RPCT. b) Entro il 31 dicembre 2018 organizzare almeno un incontro con i propri coordinatori e il proprio personale operante all'interno dei processi a rischio per illustrare gli obblighi previsti nel P.T.P.C.T. e le competenze poste in capo al Referente e al/ai Coordinatori della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Entro il 31 dicembre trasmettere al RPCT copia del/dei verbale/i firmati dai partecipanti.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017</i> <i>Ambulatoriale:</i> € 844.427,52	Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	<p>Area socio – sanitaria integrata:</p> <p>a) per almeno il 70% dei pazienti in presenza di bisogno sanitario manifesto, attraverso la creazione di un raccordo fra Distretto ed Ospedale di riferimento, almeno 1 accesso domiciliare da parte del personale sanitario distrettuale entro 48 ore (esclusi prefestivi e festivi) dalla dimissione.</p> <p>b) almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermative nel questionario SUNFRAIL</p>	<p>a) Numero di pazienti con attivazione ADI (cure domiciliari) entro 48 ore dalla dimissione / totale dimissioni dei pazienti con bisogno sanitario manifesto</p> <p>Obiettivo > = 70%</p> <p>b)N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande previa informativa mail ai MMg</p>		<p>a)Entro giugno 2018 incontri con UVO di ASL 3,E.O.Galliera, Ospedale Policlinico San Martino ed Ospedale Evangelico per condivisione modalità di segnalazione .</p> <p>Entro 31 dicembre 2018 almeno 70% visite domiciliari dei pazienti segnalati alla dimissione da parte del personale sanitario entro 48 ore</p> <p>b) 70% visite a domicilio rispetto agli over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutti gli item (esclusi pre festivi e festivi)</p>		10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	2	Gestione tempi di attesa delle prestazioni specialistiche: Rimodulazione dell'offerta aziendale di prestazioni ambulatoriali nelle branche Cardiologia, Reumatologia, Fisiatria, Ortopedia e Diabetologia con integrazione della componente ospedaliera e territoriale, del personale dipendente e convenzionato. In particolare dovrà essere previsto il coinvolgimento del Direttore di S.C. nella disciplina ospedaliera coinvolta con l'evidenza di un piano di condivisione delle risorse specialistiche, anche ai fini dell'abbattimento dei tempi di attesa con particolare riguardo alle prestazioni con codice di priorità B;	numero di turni scoperti territoriali ricoperti attraverso l'integrazione con la componente ospedaliera obiettivo: > = 90%.		Attivazione tavolo aziendale tecnico con le Specialità e DSS Nr turni scoperti > = 90%	S.C. Cure primarie/Direzione sanitaria aziendale.	10	5
	3	Gestione degli spazi aziendali:	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza mappatura destinazione ambienti; • Evidenza Piano di riorganizzazione dell'utilizzo degli spazi da destinare a servizi erogati alla persona (individuazione di spazi impropriamente utilizzati rispetto alla logistica distrettuale e conseguente ipotesi di riutilizzo); • Definizione di specifiche procedure per il controllo e la gestione di tutti gli ambienti e di tutte le strutture aziendali; • Recupero alla disponibilità aziendale del 10% degli spazi distrettuali. 		Entro scadenza contrattuale		10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Obiettivi specifici: Riorganizzazione degli spazi c/o la sede di via Archimede attraverso l'implementazione/ottimizzazione utilizzo della struttura di Struppa (ex istituto Doria).			Entro scadenza contrattuale		15	5
	5	Implementare proattività/ empowerment prevenzione cadute scheda di valutazione SVFT (valutazione fisioterapia) Scheda "Empowerment la prevenzione delle cadute e del decondizionamento motorio funzionale di utenti anziani fragili"	% NUMERO DI UTENTI CUI E' APPLICATA SVFT - EMPOWERMENT		AL 31/12/2018 almeno l'80% degli utenti presi in carico	Prof San	0	10
	6	Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse nelle strutture ambulatoriali distrettuali	definizione della procedura per uniformare le modalità operative di gestione delle strutture ambulatoriali nei sei distretti (personale, aspetti igienico sanitari, verifiche)		Entro giugno 2018 definizione della procedura Da settembre 2018 implementazione delle modalità operative	Prof San	0	10
	7	Area cure domiciliari: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema cartella multidisciplinare del servizio di cure domiciliari	Riduzione/Trattamento delle osservazioni da parte dell'ente certificatore (ISO 9001) riguardanti la cartella multidisciplinare		conduzione di un audit a semestre per ogni sede distrettuale verbali di audit			
	8	Area cure domiciliari: revisione modalità di segnalazione da parte dei MM.MM.GG. per semplificare presa in carico	revisionare e semplificare il sistema di segnalazione alle cure domiciliari da parte dei MM.MM.GG.		Entro aprile 2018 costituzione del gruppo di lavoro per la revisione delle modalità di segnalazione Entro aprile 2018 elaborazione modulistica Entro giugno 2018 proposta alle Direzioni Distrettuali di condivisione con MM.GG. Entro settembre 2018 approvazione della modulistica; Implementazione utilizzo nuove modalità di segnalazione.	Prof San	5	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE <i>Cure domiciliari</i>	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>	<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>				
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico. (<i>Cure domiciliari e Ambulatori infermieristici</i>)	<p>1) Stesura delle proposte di miglioramento</p> <p>2) Espressione degli indicatori di processo ed esito</p>		Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	5	5
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia
Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	5	5
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Evidenza progetto proposto ad A.LI.Sa. Attivazione del modulo pagamenti tramite TOTEM		Entro il 30/04/2018 Entro il 30/06/2018	<i>CCD</i>	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia
Dottoressa Daniela Dall'Agata

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Distretto Socio Sanitario 12

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla proprio Distretto, attraverso incontri, da effettuarsi a partire dal 02/07/2018 ed entro il 31/12/2018. Predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 31/12/2018.
Estensione del monitoraggio tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012 ai processi soggetti alla gestione del rischio.	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo di formati aperti	Estendere il monitoraggio dei tempi dei procedimenti anche ai seguenti processi soggetti alla gestione del rischio: a) Autorizzazione trasporti in ambulanza pazienti non deambulanti; b) Autorizzazione assistenza domiciliare programmata; I dati saranno trasmessi a cadenza semestrale: I semestre entro il 15/07/2018; Il semestre entro il 15/01/2019.
Riformulazione del Questionario/monitoraggio sul rispetto degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T. 2018 - 2020 e nel Codice di Comportamento in modo da adattarlo alla realtà e alle attività del Distretti	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30 ottobre prevedere almeno due incontri con il RPCT (o suoi collaboratori) in modo da concordare le modifiche e l'aggiornamento del questionario/monitoraggio
Aggiornare la gestione del rischio dei procedimenti/processi già mappati attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare l'attività di rianalisi verterà: a) sulla descrizione dei rischi; b)sulle misure di prevenzione in modo che risultino concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi;	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 30/10/2018 invio al RPCT della tabella sulla gestione del rischio e del monitoraggio sul trattamento rivista/modificata/aggiornata, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT
Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura, comprese le disposizioni sull'assetto organizzativo interno	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	a) Entro il 30 novembre compilare e trasmettere il nuovo Questionario/monitoraggio aggiornato al RPCT. b) Entro il 31 dicemnre 2018 organizzare almeno un incontro con i propri coordinatori e il proprio personale operante all'interno dei processi a rischio per illustrare gli obblighi previsti nel P.T.P.C.T. e le competenze poste in capo al Referente e al/ai Coordinatori della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Entro il 31 dicembre trasmettere al RPCT copia del/dei verbale/i firmati dai partecipanti.

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 13 Levante
Direttore Dottore Marco Macchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017</i> <i>Ambulatoriale:</i> € 733.269,02	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	<p>Area socio – sanitaria integrata:</p> <p>a) per almeno il 70% dei pazienti in presenza di bisogno sanitario manifesto, attraverso la creazione di un raccordo fra Distretto ed Ospedale di riferimento, almeno 1 accesso domiciliare da parte del personale sanitario distrettuale entro 48 ore (esclusi prefestivi e festivi) dalla dimissione.</p> <p>b) almeno un accesso a domicilio da parte dei geriatri e infermieri Cure Dom per almeno il 70% dei pazienti over 75 in assenza di bisogno sanitario manifesto, segnalati dai medici di CA, con tutte risposte affermative nel questionario SUNFRAIL</p>	<p>a) Numero di pazienti con attivazione ADI (cure domiciliari) entro 48 ore dalla dimissione / totale dimissioni dei pazienti con bisogno sanitario manifesto</p> <p>Obiettivo > = 70%</p> <p>b)N° accessi a domicilio/n° pazienti over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutte le domande previa informativa mail ai MMg</p>		<p>a)Entro giugno 2018 incontri con UVO di ASL 3,E.O.Galliera, Ospedale Policlinico San Martino ed Ospedale Evangelico per condivisione modalità di segnalazione .</p> <p>Entro 31 dicembre 2018 almeno 70% visite domiciliari dei pazienti segnalati alla dimissione da parte del personale sanitario entro 48 ore</p> <p>b) 70% visite a domicilio rispetto agli over 75 con questionario SUNFRAIL positivo in tutti gli item (esclusi pre festivi e festivi)</p>		10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 13 Levante
Direttore Dottore Marco Macchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	2	Gestione tempi di attesa delle prestazioni specialistiche: Rimodulazione dell'offerta aziendale di prestazioni ambulatoriali nelle branche Cardiologia, Reumatologia, Fisiatria, Ortopedia e Diabetologia con integrazione della componente ospedaliera e territoriale, del personale dipendente e convenzionato. In particolare dovrà essere previsto il coinvolgimento del Direttore di S.C. nella disciplina ospedaliera coinvolta con l'evidenza di un piano di condivisione delle risorse specialistiche, anche ai fini dell'abbattimento dei tempi di attesa con particolare riguardo alle prestazioni con codice di priorità B;	numero di turni scoperti territoriali ricoperti attraverso l'integrazione con la componente ospedaliera obiettivo: > = 90%.		Attivazione tavolo aziendale tecnico con le Specialità e DSS Nr turni scoperti > = 90%	S.C. Cure primarie/Direzione sanitaria aziendale.	10	5
	3	Gestione degli spazi aziendali:	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza mappatura destinazione ambienti; • Evidenza Piano di riorganizzazione dell'utilizzo degli spazi da destinare a servizi erogati alla persona (individuazione di spazi impropriamente utilizzati rispetto alla logistica distrettuale e conseguente ipotesi di riutilizzo); • Definizione di specifiche procedure per il controllo e la gestione di tutti gli ambienti e di tutte le strutture aziendali; • Recupero alla disponibilità aziendale del 10% degli spazi distrettuali 		Entro scadenza contrattuale		10	5
	4	Obiettivi specifici: Attività di supervisione e controllo e rispetto del cronoprogramma relativo alle progettualità sull'area di Quarto.				Entro scadenza contrattuale		15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 13 Levante
Direttore Dottore Marco Macchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	5	Implementare proattività/ empowerment prevenzione cadute scheda di valutazione SVFT (valutazione fisioterapica) Scheda "Empowerment la prevenzione delle cadute e del decondizionamento motorio funzionale di utenti anziani fragili"	% NUMERO DI UTENTI CUI E' APPLICATA SVFT - EMPOWERMENT		AL 31/12/2018 almeno l'80% degli utenti presi in carico	Prof San	0	10
	6	Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse nelle strutture ambulatoriali distrettuali	definizione della procedura per uniformare le modalità operative di gestione delle strutture ambulatoriali nei sei distretti (personale, aspetti igienico sanitari, verifiche)		Entro giugno 2018 definizione della procedura Da settembre 2018 implementazione delle modalità operative	Prof San	0	10
	7	Area cure domiciliari: organizzazione e conduzione di audit clinici sul tema cartella multidisciplinare del servizio di cure domiciliari	Riduzione/Trattamento delle osservazioni da parte dell'ente certificatore (ISO 9001) riguardanti la cartella multidisciplinare		conduzione di un audit a semestre per ogni sede distrettuale verbali di audit	Prof San	5	10
	8	Area cure domiciliari: revisione modalità di segnalazione da parte dei MM.MM.GG. per semplificare presa in carico	revisionare e semplificare il sistema di segnalazione alle cure domiciliari da parte dei MM.MM.GG.		Entro aprile 2018 costituzione del gruppo di lavoro per la revisione delle modalità di segnalazione Entro aprile 2018 elaborazione modulistica Entro giugno 2018 proposta alle Direzioni Distrettuali di condivisione con MM.GG. Entro settembre 2018 approvazione della modulistica; Implementazione utilizzo nuove modalità di segnalazione.			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 13 Levante
Direttore Dottore Marco Macchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE <i>Cure domiciliari</i>	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>		<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>			
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico. (<i>Cure domiciliari e Ambulatori infermieristici</i>)	<p>1) Stesura delle proposte di miglioramento</p> <p>2) Espressione degli indicatori di processo ed esito</p>		<p>Entro il 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto</p> <p>Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit</p>	UGR	5	5
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Distretto 13 Levante
Direttore Dottore Marco Macchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5
	3	Progetto Piattaforma Multicanale Servizi ASL (Prenotazioni, Cambio medico, Pagamento, accettazione, ritiro referti, libretto vaccinazioni, elimina coda, cartelle cliniche, P.S., tessera sanitaria, new, domicilio digitale, customer satisfaction)	Evidenza progetto proposto ad A.LI.Sa. Attivazione del modulo pagamenti tramite TOTEM		Entro il 30/04/2018 Entro il 30/06/2018	CCD	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Distretto 13 Levante
Dottor Marco Macchi

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Distretto Socio Sanitario 13

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017
Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla proprio Distretto, attraverso incontri, da effettuarsi a partire dal 02/07/2018 ed entro il 31/12/2018. Predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 31/12/2018..
Estensione del monitoraggio tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012 ai processi soggetti alla gestione del rischio.	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo di formati aperti	Estendere il monitoraggio dei tempi dei procedimenti anche ai seguenti processi soggetti alla gestione del rischio: a) Autorizzazione trasporti in ambulanza pazienti non deambulanti; b) Autorizzazione assistenza domiciliare programmata; I dati saranno trasmessi a cadenza semestrale: I semestre entro il 15/07/2018; Il semestre entro il 15/01/2019.
Riformulazione del Questionario/monitoraggio sul rispetto degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T. 2018 - 2020 e nel Codice di Comportamento in modo da adattarlo alla realtà e alle attività del Distretti	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30 ottobre prevedere almeno due incontri con il RPCT (o suoi collaboratori) in modo da concordare le modifiche e l'aggiornamento del questionario/monitoraggio
Aggiornare la gestione del rischio dei procedimenti/processi già mappati attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare l'attività di rianalisi verterà: a) sulla descrizione dei rischi; b)sulle misure di prevenzione in modo che risultino concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi;	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 30/10/2018 invio al RPCT della tabella sulla gestione del rischio e del monitoraggio sul trattamento rivista/modificata/aggiornata, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT
Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura, comprese le disposizioni sull'assetto organizzativo interno	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	a) Entro il 30 novembre compilare e trasmettere il nuovo Questionario/monitoraggio aggiornato al RPCT. b) Entro il 31 dicemnre 2018 organizzare almeno un incontro con i propri coordinatori e il proprio personale operante all'interno dei processi a rischio per illustrare gli obblighi previsti nel P.T.P.C.T. e le competenze poste in capo al Referente e al/ai Coordinatori della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Entro il 31 dicembre trasmettere al RPCT copia del/dei verbale/i firmati dai partecipanti.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Assistenza Consultoriale
Direttore f.f. Dottoressa Laura Battaglia

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	valore medio prestazioni ambulatoriali/ ore lavorate	anno 2017: prestazioni ambulatoriali a CUP n. 30473 numero complessivo prestazioni 253259	incremento complessivo del valore della produzione a tariffa	CCD	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	Consolidamento dell'ambulatorio della gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica	Aumento del numero delle pazienti prese in carico dall'ambulatorio della gravidanza a basso rischio	periodo 2017: n. utenti 112 - accessi 338	>=5% anno 2017 monitoraggio/verifica al 30/6	S.C. Affari Generali	5	10
	2	Percorso nascita: Attuare iniziative volte ad "accompagnare" la madre (e la famiglia) nel percorso gravidanza-nascita-primi mesi di vita del bambino attraverso azioni di sostegno multidisciplinare che possano anche intercettare situazioni di rischio o di emergenza e garantire il collegamento ed il coinvolgimento dei servizi territoriali , ospedalieri, sociali (deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2018)	1) Aggiornamento entro il 31/10/2018 della carta dei servizi aziendale per il percorso nascita coerentemente a quanto indicato nell'allegato 2 dell'accordo Stato Regioni 12/2010 3) presa in carico delle donne in situazione di fragilità	anno 2017: n. incontri di preparazione al parto e post nascita: 463 - utenti 1106 Gruppi massaggio neonato incontri 483 - utenti 674	a) aggiornamento al 31/10/2018 carta dei servizi aziendali percorso nascita c) n. segnalazioni di fragilità (corsi nascita, ospedale, DSM, servizi sociali) /n. donne prese in carico - almeno il 90% dei casi segnalati viene preso in carico	S.C. Ass. Consultoriale	10	5
	3	nuova progettualità sulla salute della donna in menopausa in coerenza con il WHP aziendale, con il coinvolgimento di operatori consultoriali (ginecologi, psicologi, area comparto)	predisposizione progetto entro 30/9/2018		evidenza del progetto ed attuazione nei tempi definiti	S.C. Ass. Consultoriale	10	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Assistenza Consultoriale
Direttore f.f. Dottoressa Laura Battaglia

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Ottimizzazione delle risorse umane attraverso strategie per il 1° livello screening del cervicocarcinoma (collaborazione S.C. OG Villa Scassi e S.C. Assistenza Consultoriale)	integrazione tra cps-ostetriche territoriali (SC Assistenza Consultoriale) e cps - ostetriche ospedaliere (S.C. OG villa scassi) per l'esecuzione dei prelievi vaginali(Pap/HPV test) di 1° livello screening del cervicocarcinoma in tutti i centri attivi		studio di fattibilità al 30/05 - in relazione allo studio di fattibilità offerta di esecuzione di 700/settimana prelievi vaginali di 1° livello screening del cervicocarcinoma da parte di cps-ostetriche territoriali (SC Assistenza Consultoriale) e cps - ostetriche ospedaliere (S.C. OG Villa Scassi)	SSD Popolazione e a Rischio	5	10
	5	a) Implementazione di protocolli operativi per garantire la continuità di una presa in carico sociosanitaria con altri servizi sanitari sociali b) Rafforzare e/o definire equipe integrate sociosanitarie al fine di sviluppare interventi integrati, tempestivi ed appropriati <i>(deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018 pag.52-53)</i>	a) Stesura e/o applicazione di protocolli operativi che regolino la valutazione e la presa in carico integrata tra servizi sociosanitari b)adozione scheda con la composizione delle equipe socio sanitarie territoriali in alcune aree di intervento (tutela minori, percorso nascita ect.)		a) area tutela minori - n. utenti/n. interventi integrati : almeno il 75% viene preso in carico in forma integrata b) n. incontri per stesura protocolli operativi / di monitoraggio o evidenza protocolli operativi	S.C. Ass. Consultoriale	15	
	5	Cartella Clinica Ambulatoriale/Degenziale	Revisione e aggiornamento delle cartelle cliniche entro 30/11/2018		evidenza di un modello nuovo ed omogeneo (entro 30/11/2018)- corretto utilizzo in tutte le sedi consultoriali	Prof San		20
	6	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Attualmente non esiste una relazione annuale complessiva	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello	DS		10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Assistenza Consultoriale
Direttore f.f. Dottoressa Laura Battaglia

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5
	3	Centri Giovani: a) messa a punto delle strategie comunicative, implementazione offerta attiva, nuova progettualità per formazioni in house dedicate ai ragazzi b) Progetto specifico su IVG : offerta attiva di intervento psicologico alle giovani donne che ricorrono alle IVG	aumento % incontri in house, alternanza scuola lavoro , HBSC programmati per il 2018, n. colloqui psicologici offerti alle giovani donne che ricorrono alle IVG	(attività iniziata in corso d'anno 2017) incontri in house n. 8 - alternanza scuola lavoro n. 4 per 8 incontri	a) >=aumento del n. interventi in house, alternanza scuola lavoro ed HBSC b) 100% offerta colloqui psicologici alle giovani donne che ricorrono IVG	SC	20	15
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Assistenza Consultoriale
Dottoressa Laura Battaglia

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Assistenza Consultoriale

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla propria struttura, attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.		
2) Rispettare e vigilare sulle norme della prevenzione della corruzione e della trasparenza all'interno della propria struttura	Rispetto tempistica aggiornamento - giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmettere al RPCT il questionario sul rispetto delle norme contenute nei Piani e nei Codici di Comportamento: 1) entro il 30 marzo il questionario 2017 (parte relativa alla trasparenza); 2) entro il 15 ottobre il questionario complessivo per l'anno 2018.	10	10
3) Aggiornamento della gestione del rischio avvalendosi del supporto dei coordinatori/facilitatori e dei gruppi di lavoro	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo formato aperto dei dati; utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 15 ottobre Inviare al RPCT: a) le tabelle relative alla revisione della gestione del rischio e del monitoraggio del trattamento del rischio; B) i verbali degli incontri del gruppo di lavoro riunito per l'aggiornamento e il monitoraggio del trattamento del rischio.		
4) Monitoraggio tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012: monitorare, puntualmente e in formato aperto (.ods), il rispetto della tempistica dei procedimenti amministrativi di propria competenza (a cadenza trimestrale)	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo di formati aperti (.ods).	Entro il 15/03/2018 trasmissione a redazione sito del monitoraggio dei tempi dei procedimenti del IV trimestre 2017. Entro il 15/04/2018 trasmissione della scheda del I trimestre 2018. Entro il 15/07/2018 trasmissione delle schede del II trimestre 2018.		

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Cure Primarie
Direttore Dottore Lorenzo Bistolfi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	10	10
PERFORMANCE	1	Ottimizzare l'offerta di primo livello e definire percorsi specialistici richiesti dai PDTA: Implementare l'offerta specialistica di primo livello (comprese le prestazioni strumentali) prenotabili a CUP e suddivisione dell'offerta a seconda della classe di priorità <i>(deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018) pag. 47-48</i>	Implementazione offerta e % di suddivisione secondo Classi di Priorità (B,D,P) Garanzia del rispetto dei tempi previsti per le Classi di priorità (B,D e P) almeno per il 90% dei cittadini		Implementazione offerta % Verifica Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 90% dei casi) Attesa massima per le P (3 mesi)	DS	15	15
	2	Ottimizzare l'offerta di primo livello e definire percorsi specialistici richiesti dai PDTA: Condurre periodicamente indagini di "customer satisfaction" relative alle liste di attesa e l'impatto sui cittadini <i>(deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018) pag. 47-48</i>	Evidenza di almeno un indagine di "customer satisfaction" sulla problematica delle liste di attesa		Entro 30/09 presentazione di almeno un indagine di "customer satisfaction"	DS	15	15
	3	Ottimizzare l'offerta di primo livello e definire percorsi specialistici richiesti dai PDTA: Divulgare il modello RAO (raggruppamenti di Attesa omogenei) tra tutti i Medici Prescrittori (MMG, PLS, Specialisti) <i>(deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018) pag. 47-48</i>	Evidenza incontri con i MMG e PLS sulla divulgazione del metodo RAO		Entro 30/09 almeno 2 incontri con i MMG e PLS	DS	15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Cure Primarie
Direttore Dottore Lorenzo Bistolfi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Implementazione della verifica di concordanza (valutazione della classe di priorità prescritta e quella riscontrata dallo specialista) sia a livello territoriale che ospedaliero	Evidenza proposta di monitoraggio continuo		Entro 30/09 presentazione proposta di un metodo per un monitoraggio continuo che comprenda ospedale e territorio	SC Cure Primarie	15	15
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10
	3	Progressiva trasformazione da medicina di rete a medicina di gruppo (mmg)			Vedi scheda progetto	CCD	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Cure Primarie
Dottor Lorenzo Bistolfi

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Direttore S.C. Cure Primarie

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla propria struttura, attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.		
2) Aggiornamento della gestione del rischio avvalendosi del supporto dei coordinatori/facilitatori e dei gruppi di lavoro	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo formato aperto dei dati; utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 15 ottobre Inviare al RPCT: a) le tabelle relative alla revisione della gestione del rischio e del monitoraggio del trattamento del rischio; B) i verbali degli incontri del gruppo di lavoro riunito per l'aggiornamento e il monitoraggio del trattamento del rischio.	10	20
3) Rispettare e vigilare sulle norme della prevenzione della corruzione e della trasparenza all'interno della propria struttura	Rispetto tempistica aggiornamento giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 ottobre trasmettere al RPCT il questionario sul rispetto delle norme contenute nei Piani e nei Codici di Comportamento.		
4) Aggiornare ed integrare la sotto-sezione di I livello di Amministrazione Trasparente : "sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici", rispettando la tempistica già concordata nel 2014	Rispetto della completezza dei dati e della tempisticagìa concordata	Entro il 30/03/2018 aggiornamento all'ultimo provvedimento adottato. Costante aggiornamento della sottosezione di Amministrazione Trasparente indicata nel presente obiettivo.		

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
SSD Coordinamento attività geriatriche
Responsabile Dottore Lorenzo Sampietro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	Ccd	10	5
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	Attivazione di almeno altri 2 CDCD nel 2018 Monitoraggio della presenza dei prerequisiti utili alla realizzazione dei CDCD In relazione ai CDCD già attivati monitoraggio del coordinamento tra l'ambulatorio centrale e quelli periferici in relazione a procedure/protocolli formalizzati <i>(deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2018) pag. 47-48</i>	Completamente rete con CDCD territoriali		Completamente rete con CDCD territoriali entro 31/12/2018	SSD	20	10
	2	Introdurre e applicare una specifica procedura operativa delle dimissioni protette di pazienti fragili.	Produzione e pubblicazione Procedura operativa dimissione pazienti fragili % di pazienti fragili per i quali è stata applicato l'iter della procedura specifica		Fase compilativa e pubblicazione su intranet aziendale: entro maggio 2018 Applicazione procedura specifica sul 80% dei pazienti fragili dimessi dal 1 luglio 2018	Prof. Sanitarie		15 20
PDTA	1	PDTA FEMORE in collaborazione con S.C. Recupero e Riabilitazione funzionale, S.C. Ortopedia e S.C. Medicina Interna 2	tempo di attesa dalla segnalazione dal setting richiedente al ricovero del ricevente massimo 14 giorni presenza di PDTA in cartella clinica		Entro 14 gg 90 % casi Almeno il 90% dei casi deve essere presente in cartella clinica	POU	20	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
SSD Coordinamento attività geriatriche
Responsabile Dottore Lorenzo Sampietro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5
	3	PROGETTI - Interventi di Tutela Socio-Sanitaria Domiciliare per Anziani Fragili Non Autosufficienti residenti nel territorio dei Comuni della Valle Scrivia di pertinenza della ASL3	Nr pazienti presi in carico Valutazione bisogni assistenziali di concerto con MMG Riduzione ri ricoveri		Entro 30/06 costituzione gruppo di lavoro con MMG ADS, definizione percorsi e individuazione remunerazione Entro 31/12 applicazione progetto	SSD	15	10
	4	Progetto di Alloggio protetto Socio-Sanitario nel Comune di Rossiglione in sinergia con la RP Accreditata GB Pizzorno	Costituzione gruppo di lavoro Attivazione progetto		Entro 31/12 attivazione progetto vincolato a finanziamento europeo/regionale	SSD	15	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
SSD Coordinamento attività geriatriche
Dottor Lorenzo Sampietro

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati , individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SSD Coordinamento Attività Geriatriche

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla propria struttura, attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.
2) Monitoraggio tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012.	Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata - utilizzo di formati aperti	A partire dal II trimestre 2018 trasmissione a redazione sito dei dati relativi ai tempi dei procedimenti relativi ai ricoveri: entro il 15 luglio trasmissione del II trimestre; entro il 15 ottobre trasmissione dei dati del III trimestre.

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Cure Palliative
Responsabile Dottore Flavio Fusco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero		Incremento	Ccd	5	5
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	Incremento delle cure palliative domiciliari in seguito a dimissione ospedaliera protetta <i>(deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2018) pag. 50</i>	Nr segnalazioni ospedaliere 2018 versus segnalazioni 2017		Incremento rispetto a segnalazioni ospedaliere 2017		10	10
	2	Mantenimento dell'offerta ambulatoriale e domiciliare di cure palliative sui DSS coperti dal servizio istituzione di nuovi percorsi assistenziali nell'ottica del simultaneous care	Nell'ambito della attivazione nel 2018 del simultaneous care: Nr pz Nr accessi Nr controlli Nr percorsi	nessun percorso avviato	Numero pazienti e accessi ambulatoriali numero di primi accessi numero di controlli numero di percorsi avviati in integrazione con le cure a domicilio		20	20
	6	garantire la soddisfazione dl paziente sino alla fine dell'assistenza	Elaborazione scheda di conclusione assistenza con indicatori di outcome assistenziale "patient-centered"	Nessuna scheda specifica	Entro giugno 2018 introduzione della scheda nei servizi di CP aziendale al 31/12: numero schede compilate (almeno 100)		15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.S.D. Cure Palliative

Responsabile Dottore Flavio Fusco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PERFORMANCE	7	Introduzione di strumenti di valutazione e identificazione precoce di bisogni di cure palliative di concerto con SSSSDD Oncologia Micone e Villa Scassi	- formazione di gruppo di lavoro '- identificazione dello strumento (proposto NECPAL + GSF) '- documento di adozione		- Entro 31 maggio 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 luglio 2018 evidenza identificazione strumento - Entro 31 ottobre 2018 adozione documento	POU	15	15	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro Settembre 2018 Audit I parte (La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	SC Pian, Progr. Org. Sanitaria	15	15	
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015						
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Cure Palliative
Dottor Flavio Fusco

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario
Responsabile Dottor Maurizio Cechini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Regione o Ministero		Incremento	Ccd	5	5
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione e Ministero	SIA/Ccd	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Farmacia/ Bilancio	5	5
PERFORMANCE	1	Applicazione della procedura aziendale della scheda di terapia unica (STU) all'interno della C.C. di Marassi in alcune sezioni (3° e 4° sezione) per un corretto processo di gestione dalla prescrizione alla somministrazione del farmaco.	Utilizzazione della scheda unica sul totale dei pazienti.		100% corretta compilazione della modulistica/ totale pazienti ricoverati	SSD	15	15
	2	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	SSD	15	15
	3	Predisposizione di percorsi idonei a garantire l'accesso e la continuità terapeutica per i soggetti detenuti con infezione HCV candidati al trattamento farmacologico (deliberazione n. 6 del 15/01/2018 di A.Li.Sa. "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2018) pag. 66-67	valutazione per 100% popolazione detenuta con hcv+ verranno		100% popolazione detenuta con hcv+ con valutazione entro 31/12	SSD	15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario
Responsabile Dottor Maurizio Cechini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PERFORMANCE	4	Telemedicina per refertazione a distanza, gestione esami elettrocardiografici	Creare un percorso di cure integrato che riesca ad assicurare quanto previsto dal PDTA condiviso con i professionisti nel modo più tempestivo ed efficace		Evidenza percorso al 30/06 Al 31/12 applicazione progetto telemedicina	SSD	10	10	
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario
Dottor Maurizio Cechini

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SSD Sanità Penitenziaria - Dott. M. Cechini

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla propria struttura, attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale sottoscritto dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.
1) Coinvolgimento della struttura nelle attività di analisi del rischio e della mappatura della trasparenza. Mappatura dei processi	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata;	1) Individuare una data entro il 30/04/2018 per fissare un incontro formativo in cui verranno illustrate le procedure per lo svolgimento della gestione del rischio; 2) Entro il 30/06 trasmissione di una relazione libera in cui siano illustrate le attività ritenute più a rischio e le misure di prevenzione eventualmente adottate

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T.

2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Bilancio e Contabilità
Direttore dott. Stefano GREGO

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata	Monitoraggio costi relativi allo slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/ Bilancio</i>	10	10
	PERFORMANCE	1	PAC Percorso Attuativo della Certificabilità: recepimento delle linee guida regionali in ambito costi/debiti e tesoreria/cassa con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto	Entro 30/06/2018 presentazione progetto	<i>Bilancio</i>	10
evidenza istruzioni operative				Entro 31/10/2018 istruzioni operative area debiti	10		10
evidenza delibera di aggiornamento del regolamento di contabilità sugli aspetti trattati				Entro 31/12/2018 proposta delibera	10		10
2		Riduzione di 20 gg nei mandati di pagamento	Tempi di pagamento su piattaforma di riferimento	Stampa di controllo sui tempi di pagamento da procedura di riferimento	<i>Bilancio</i>	10	10
3	Avvio dei pagamenti sul sistema "Pago PA"	Sostituzione dei moduli cartacei ccp con moduli on-line	Evidenza inizio pagamenti su piattaforma "Pago PA"	<i>Bilancio</i>	10	10	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Bilancio e Contabilità
Direttore dott. Stefano GREGO

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	5	5
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015	Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	<i>CCD</i>	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
S.C. Bilancio e Contabilità
Dottor Stefano Grego

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

PROGETTI OBIETTIVI 2018: AREA ECONOMICA

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Bilancio e Contabilità			
	Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1	Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza di propria competenza: artt. 4 - bis, 29 (cc. 1 e 2), 31, 33, 36	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 02/07 ed entro il 31/12 attestare al RPCT di avere aggiornato i dati soggetti a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n. 33/0213 di propria competenza, segnalando eventuali criticità.
2	Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.
<u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u>			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Centro di Controllo Direzionale
Direttore dott. Stefano GREGO

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	FLUSSI	Integrazione dei flussi con record riferiti a attività in convenzione	Incremento quantitativo dei record per attività ambulatoriale	Ufficio Flussi Regionale	15	15
	PERFORMANCE	1	Aggiornamento Anagrafiche COAN sulla base del nuovo Atto Aziendale e POA	Fattori Produttivi	Entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto	DA	15
Centri di Costo/Responsabilità				Entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto	15		15
Raggruppamenti e allineamento con Debiti informativi interni ed esterni				Entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto	15		15
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	1	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5
	1	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015	Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
S.C. Centro di Controllo Direzionale
Dottor Stefano Grego

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

DIPARTIMENTO ECONOMICO GESTIONALE

S.C. CCD			
	Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1	Verifica dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013 della sotto - sezione di II livello "performance" di propria competenza appurando che i dati richiesti siano effettivamente presenti, completi, aggiornati; 2) verifica che tali dati siano anche aperti ed elaborabili (ad es. pubblicazione in formato aperto del Piano e della Relazione sulla Performance)	1) Rispetto tempistica trasmissione; 2) dati in formato aperto	Entro il 02/07 ed entro il 31/12 attestare al RPCT di avere aggiornato i dati soggetti a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n. 33/0213 di propria competenza, segnalando eventuali criticità.
2	Compilazione della mappatura dei procedimenti amministrativi ex art. 35 D.Lgs.n. 35/2013 e pubblicazione della relativa tabella su "Amministrazione Trasparente"	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) dati in formato aperto.	Entro il 2 luglio trasmettere a redazione.sito le tabelle, in formato aperto, sui procedimenti amministrativi (suddivisi in procedimenti di parte e di ufficio).
3	Individuazione di nuovi processi a rischio, da sottoporre a mappatura valutazione e trattamento anche attraverso le esperienze e le proposte che emergeranno dagli incontri dei gruppi di lavoro: ad esempio Piano Aziendale Budget, Performance e relazione.	1) Rispetto tempistica trasmissione.	Entro il 02/07 trasmettere al RPCT: 1) verbali che attestino gli incontri tenuti con i gruppi di lavoro; 2) tabelle sulla gestione del rischio dei processi individuati e analizzati.
4	Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura.	1) Rispetto tempistica trasmissione.	Entro il 15 ottobre trasmissione al RPCT della relazione compilata sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza (mediante la redazione della relazioni/questionari).
5	Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.
<p><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u></p>			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Economato e Logistica
Direttore Dottore Stefano Pesce

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Gestione parco auto	Progetto gestione informatizzata del parco auto	Presentazione progetto entro il 30/06/2018	SC	20	20
	2	Gestione dei fuori uso	Predisposizione aggiornamento della procedura organizzativa e operativa PAC	Provvedimento di aggiornamento entro il 31/05/2018	SC	20	20
	3	Commissione acquisti	Predisposizione aggiornamento della procedura organizzativa e operativa PAC	Provvedimento di aggiornamento entro il 30/06/2018	Provveditorato	20	20
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	1	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5
	1	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015	Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Responsabile
S.S.D. Economato e Logistica
Dottor Stefano Pesce

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

DIPARTIMENTO ECONOMICO GESTIONALE

S.S.D. Economato e Logistica			
	Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1	Aggiornare la gestione del rischio e l'attività di monitoraggio del trattamento del rischio rivedendo le tabelle compilate nel 2017 e individuando eventuali nuovi processi, nuovi rischi, nuove misure; 2) svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura.	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 ottobre trasmissione al RPCT della: a) tabella sulla gestione e sul monitoraggio del trattamento del rischio, con particolare riguardo all'applicazione della rotazione del personale; b) relazione compilata sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza (mediante la redazione della relazioni/questionari).
2	Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.
<p><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u></p>			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Programmazione e Gestione delle forniture
Dottore Patrizio Callao

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	Revisione regolamento sugli acquisti: introduzione della Commissione Budget degli Acquisti/Investimenti	Delibera aggiornamento regolamento 1° Verbale valutazione da parte della Commissione	NON PRESENTE	Entro il 30/06/2018 Entro il 31/07/2018	PRO.GEST.F OR./BILANCIO/CD	15	15
	2	Flussi	Allineamento flussi traccia con flussi erogato (Farmaci)	Flussi regionali	Entro 31/12/2018	CCD	10	10
PERFORMANCE	1	Anticipazione dei tempi di liquidazione delle fatture di 20 giorni allo scopo di assicurare il medesimo anticipo nei pagamenti	Tempi di pagamento da flusso ministeriale	60 giorni	40 giorni entro il 31/05/2018	BIL	25	25
	2	Aggiornamento e revisione della procedura operativa aziendale (ultima versione 2010) per la valutazione delle richieste pervenute da reparti e servizi aziendali per l'acquisto in esclusiva di farmaci e dispositivi medici	Revisione ed aggiornamento della Procedura in collaborazione con DMO, S.C. Farmacia Ospedaliera e SSD Ingegneria clinica. - Formalizzazione ed attivazione di una Commissione di valutazione - Partecipazione ai lavori della commissione in caso di farmaci e dispositivi medici del Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera o suo delegato		START-UP DI IMPLEMENTAZIONE DELLE INIZIATIVE DI MIGLIORAMENTO: costituzione di un gruppo di lavoro per la revisione della procedura e calendarizzazione incontri VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI PROGETTO RISPETTO AGLI OBIETTIVI AL 30/06 : pubblicazione della procedura aggiornata VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI PROGETTO RISPETTO AGLI OBIETTIVI AL 30/09 : attivazione della Commissione e calendarizzazione incontri di valutazione	DMO	10	10

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Programmazione e Gestione delle forniture
Dottore Patrizio Callao

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	15	15	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Responsabil e PCT</i>	5	5	
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	<i>CCD</i>	20	20	
TOTALE PESO SCHEMA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
S.C. Programmazione e Gestione delle forniture
Dottor Patrizio Callao

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

DIPARTIMENTO ECONOMICO GESTIONALE

S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture			
	Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1	Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza delle sezioni: "bandi di gara e contratti", "Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici", "Opere pubbliche".	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 02/07 e il 31/12 attestare al RPCT di avere aggiornato i dati soggetti a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n. 33/0213 di propria competenza, segnalando eventuali criticità.
2	Rivedere con attenzione la gestione del rischio approfondendo l'analisi dei processi secondo le seguenti indicazioni: a) <u>mappatura dei macro processi</u> già individuati incorporandoli nelle sotto fasi e "azioni" di cui si compongono che dovranno essere descritte, specificando, inoltre, se trattasi di fasi "discrezionali" o "vincolate". Indicare la tipologia del soggetto/i esecutori di ogni azione (dirigente o funzionario o entrambi); b) <u>la valutazione del rischio</u> : individuando, per ogni sotto - fase/azione, i soggetti esecutori delle stesse ed i rischi specifici e il livello di rischio; c) <u>trattamento del rischio</u> : proporre le misure di prevenzione concrete e specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. <u>Le attività succitate dovranno essere condotte attraverso il supporto del coordinatore/facilitatore e del gruppo di lavoro precostituito</u>	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; mancato utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 02 luglio 2018 Inviare al RPCT: 1) i verbali degli incontri dei gruppi di lavoro firmati dai partecipanti; 2) le tabelle da compilare in ogni loro parte sulla gestione del rischio, secondo il format predisposto dal RPCT, e compilate in ogni loro parte in base alle indicazioni di cui alla colonna "obiettivi assegnati".
3	Rivedere con attenzione il monitoraggio del trattamento del rischio precisando: a) lo stato di attuazione delle misure; b) i tempi e le fasi di attuazione; c) gli indicatori di attuazione; d) il soggetto responsabile del monitoraggio. <u>Le attività succitate dovranno essere condotte attraverso il supporto del coordinatore/facilitatore e del gruppo di lavoro precostituito.</u>	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 ottobre inviare al RPCT: 1) i verbali degli incontri del gruppo di lavoro riunito per il monitoraggio del trattamento del rischio; 2) le tabelle sul trattamento del rischio, che saranno predisposte dal RPCT, e compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni di cui alla colonna "obiettivi assegnati".
4	Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.
5	Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura.	1) Rispetto tempistica trasmissione.	Entro il 15 ottobre trasmissione al RPCT della relazione compilata sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza (mediante la redazione della relazioni/questionari).

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Telecomunicazioni
Responsabile Dottore Carlo Pedemonte

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Mappatura sicurezza e continuità degli impianti e apparati	Inventario impianti e dispositivi in dotazione		Entro 31/07/2018 mappatura	SSD	30	30
	2	Avvio progetto "Smart - Hospital"	Attivazione Sistema pagamenti tramite totem - Se approvato progetto da Alisa, sviluppo attività come da progetto regionale (Asl3 sito pilota)		Rispetto cronoprogramma	S.C. Bilancio	30	30
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Responsabile
S.S.D. Telecomunicazioni
Dottor Carlo Pedemonte

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

DIPARTIMENTO ECONOMICO GESTIONALE

S.S.D. Telecomunicazioni

	Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1	Coinvolgimento della struttura nelle attività di analisi del rischio e della trasparenza per valutare il grado di rischio delle attività e dei processi di propria competenza	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata;	1) Individuare una data entro il 02/07 per fissare un incontro formativo in cui verranno illustrate le procedure per lo svolgimento della gestione del rischio e verrà valutata l'opportunità di inserire la struttura nelle aree a rischio corruzione dell'Azienda.
<p><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u></p>			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore f.f. Dott.ssa Enrica Caviglia

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = €</i> 1.093.290,00 Ord € 1.061.700,00 - Punti Drg 331,70 DH € 31.590,00 - Punti Drg 77,19 Ambulatoriale: € 23.579,30 Prestazioni interne: € 164.424,62	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata		vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	4	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia / Bilancio</i>	5	0
	1	Farmaci antibiotici - Procedura Antibioticoprofilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibioticoprofilassi	<i>SIA/ Farmacia</i>	15	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore f.f. Dott.ssa Enrica Caviglia

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	2	personale comparto rianimazione: Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/ Prof San	0	10
	3	personale comparto Blocchi Operatori: Compilazione documentazione clinica informatizzata (lista operatoria-verbale operatorio- accettazione dimissione dal blocco operatorio)	rispetto cronoprogramma		al 31/07/2018 utilizzo dei sistemi informatizzati del 50% su tutte le attività chirurgiche al 31/12/2018 utilizzo dei sistemi informatizzati => al 80%	POU/ Prof San	0	10
		personale comparto Blocchi Operatori: Efficientamento temporale dell'utilizzo dei letti di sala operatoria	rispetto cronoprogramma		al 31/07/2018 presenza personale in sala operatoria entro le 7.30 per almeno 70% delle giornate al 31/12/2018 presenza personale in sala operatoria entro le ore 7.30 per almeno il 90% delle giornate			
		personale comparto Blocchi Operatori: Formazione sul campo per gli infermieri strumentisti nei blocchi operatori	evidenza documentale		al 30/06/2018 mappatura delle competenze specifiche documentate su specifica modulistica al 31/12/2018 documentazione di avvenuta acquisizione delle competenze acquisite per almeno il 70% degli operatori coinvolti			
	4	personale comparto blocchi operatori e rianimazione : Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf	0	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore f.f. Dott.ssa Enrica Caviglia

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PDTA	1	PDTA Ospedaliero del paziente affetto da malattia renale cronica in fase avanzata, con coinvolgimento di A.N.E.D. di concerto con S.C. Nefrologia e Dialisi, S.C. Chirurgia Generale, S.C. Radiologia(S.S. Radiologia Interventistica), S.C. Chirurgia Vascolare, S.C. Laboratorio Analisi, Direzione POU	Elaborazione PDTA		- Entro 31 marzo 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 giugno 2018 evidenza di almeno un incontro del Gruppo - Entro 31 ottobre 2018 redazione del PDTA assegnato	POU	10	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Luglio 2018 - Audit III parte per transazione Luglio 2018 - Audit I parte a completamento <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
			Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015					
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore f.f. Dott.ssa Enrica Caviglia

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5
	2	Progetto Informatizzazione sale: Estensione dell'applicazione in uso su tutti i blocchi operatori di Asl3	Applicativo in uso		ADT installata entro il 30/06/2018 Applicativo in uso nel 100% delle strutture entro il 31/12/2018 in coerenza con progetto di estensione attivato: Validazione moduli da parte del POU e avvio estensivo progressivo a partire dal 01/09/2018 da concludersi entro il 31/10/2018 In produzione dal 01/11/2018	CCD/SIA/DS	10	10
		Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino			
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			
3	PROGETTO PROSAFE - Monitoraggio paziente critico con particolare attenzione raccolta dati su infezioni	Raccolta dati pazienti ricoverati in terapia intensiva su programma Prosafe (Giviti)		95% corretta compilazione dei dati sulle cartelle e relativo aggiornamento	CCD	15	10	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore f.f. Dott.ssa Enrica Caviglia

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	4	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Anestesia e Rianimazione
Dott.ssa Enrica Caviglia

Obiettivi A.Li.Sa. - Anno 2018

Obiettivi Alisa per produzione 2018	Indicatore di risultato	Risultato atteso Anno 2018
Incremento della produzione chirurgica in elezione	Registro sala operatoria - Flusso SDO e Ambulatoriale	Ottimizzazione nell'uso delle sale operatorie. Incremento di un intervento in media per seduta operatoria in ragione della conferma delle deroghe richieste per personale medico e di comparto. Autorizzate e coordinate dalla Direzione Medica di Presidio, se sature la sedute del mattino, le attività a gettone.

I volumi saranno confermati in sede di comunicazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018. Ne conseguiranno rimodulazione e monitoraggio.

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = € 1.798.797,00</i> Ch Plastica Ord € 434.618,00 - Punti Drg 147,18 Ch PlasticaDH € 12.468,00 - Punti Drg 7,87 Ch PlasticaDS € 401.979,00 - Punti Drg 306,79 Centro Ustioni € 949.732,00 - Punti Drg 234,01 <i>Ambulatoriale: € 217.538,38</i>	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Farmaci antibiotici - Procedura Antibioticoprofilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibioticoprofilassi per tutte le specialità chirurgiche	<i>SIA/Farmacia</i>	15	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/ Prof San	0	20
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf	0	25
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: Chirurgia Plastica da certificare	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) <i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015		Entro Settembre 2018 Audit I parte <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	15	15
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: Grandi Ustionati (già certificata) N.O. Lesioni Cutanee - Centro assistenza vulnologica e Lesioni difficili (già certificato come POU)	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) <i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015	Luglio 2018 - Audit III parte per transazione Luglio 2018 - Audit I parte a completamento <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	3	Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino	DS/ CCD/ SIA	10	10
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Grandi Ustionati e
Chirurgia Plastica
Dottor Giuseppe Perniciaro

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dott. Giuseppe Perniciaro
Chirurgia Plastica

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media Lorda	8,91	7,19	6,5	5
Degenza Media Trimm Dx	8,42	6,98	no	
Degenza Media Trimm Sn	9,11	7,31	no	
Peso Medio	1,35	1,37	Mantenimento	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	LEA 57,63% (nr 59 casi a rischio inappr di cui 34 inappropriati)*	LEA 68% (nr 25 casi a rischio inappr di cui 17 inappropriati)*	0 casi inappropriati	5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,07	1,01	Mantenimento	5
Indicatore C4.1: medici dimessi da reparti chirurgici	% DRG 3,08% (6/195) ord 9,63% (29/301) dh/ds	5,56% (6/108.) ord 18,53% (48/259) dh/ds**	<17% Obt Regionale	5
Indicatore C14.3: medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	% ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	N.V. (8 ricoveri ord medici di cui 4 con degenza <=2)	N.V. (6 ricoveri ord medici di cui 2 con degenza <=2)	Mantenimento 5

30

* nr 20 Drg 266 Trapianti di pelle e/o sbrigliamento
eccetto per ulcere della pelle etc...

** lesioni difficili

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro

Grandi Ustionati

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017
Tasso di occupazione posti letto	63,15 intensiva subintensiva 80	65,88 intensiva 59,58 subintensiva	65,61 intensiva 60,76 subintensiva	53,11 intensiva 76,47 subintensiva
Peso medio	3,92 intensiva 3,64 subintensiva	5,61 intensiva 2,60 subintensiva	5,03 intensiva 2,55 subintensiva	5,84 intensiva 2,71 subintensiva
Degenza media	20,74 intensiva 19,94 subintensiva	16,41 intensiva 12,56 subintensiva	15,02 intensiva 12,64 subintensiva	25,50 intensiva 19,92 subintensiva

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina d'Urgenza
Direttore Dottore Luca Beringheli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> Ord € 1.530.399,00 - Punti Drg 520,70 Ambulatoriale PS: € 690.513,22 Accessi PS Micone: 16.032 Accessi PS Gallino: 6.136 Accessi PS Villa Scassi: 32.264	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	20	0
	2	Ridefinizione mission S.C. Medicina d'urgenza (degenza breve/obi/dea)	Evidenza documento di riorganizzazione assetto dell'emergenza-urgenza con ridefinizione ed eventuale riallocazione dei posti letto afferenti		Al 30/6/2018 stesura documento Al 31/12/2018 riduzione dei tempi di attesa medi del PS	<i>DS</i>	30	0
	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/Prof San</i>	0	25
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	<i>POU/SC Trasf</i>	0	25

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina d'Urgenza
Direttore Dottore Luca Beringheli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PDTA	1	Percorsi: Percorso per pz con scompenso cardiaco Percorso per pz anemici Percorso per pz clinicamente e socialmente fragili	Evidenza indicatori per ogni percorso Segnalazione di pz in "percorso" Nr pz che seguono il percorso		Al 30/6 evidenza indicatori per ogni percorso (almeno 3) Almeno il 75% dei pz trattati secondo il percorso devono essere dimessi entro 48-72 ore	POU	15	15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: S.C. Medicina d'Urgenza	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: S.S. Pronto Soccorso Villa Scassi/OBI	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>		<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accredimento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina d'Urgenza
Direttore Dottore Luca Beringheli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre-trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.				
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Medicina d'Urgenza
Dottor Luca Beringheli

**INDICATORI DI PERFORMANCE
DEGENZA BREVE
Direttore Dottore Luca Beringheli**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Tasso di occupazione posti letto	96,32	98,55	Mantenimento	98,8	98,59	Mantenimento	0
Peso medio	1,10	1,10	Mantenimento	1,10	1,10	Mantenimento	0
Degenza media	DM Anno 2015= 10 (calcolate sulle gg deg effettive)	DM Gennaio Settembre Anno 2016= 8,51 (calcolate sulle gg deg effettive)*	Analisi criticità e valutazione azioni correttive	DM Anno 2016= 8,17 (calcolate sulle gg deg effettive)*	6,47 (calcolate sulle gg deg effettive)*	Analisi criticità e valutazione azioni correttive	20
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	LEA 15,01% (86/573)	LEA 0% (nr 62 casi a rischio inappr di cui 0 inappropriati)	Mantenimento	LEA 0% (nr 78 casi a rischio inappr di cui 0 inappropriati)	LEA 0% (nr 80 casi a rischio inappr di cui 0 inappropriati)	Mantenimento	0
							20

**INDICATORI DI PERFORMANCE
DEGENZA BREVE
Direttore Dottore Luca Beringheli**

**Le giornate di degenza ed i casi si riferiscono al numero effettivo di pazienti transitati nel reparto*

Gennaio settembre 2017

DESCRIZIONE REPARTO	GIORNATE DEGENZA EFFETTIVE	CASI	GG. DEG TEORICHE	TASSO UTILIZZO	DEGENZA MEDIA
DEGENZA BREVE	6998	1082	7098	98,59%	6,47

Anno 2016

DESCRIZIONE REPARTO	GIORNATE DEGENZA EFFETTIVE	CASI	GG. DEG TEORICHE	TASSO UTILIZZO	DEGENZA MEDIA
DEGENZA BREVE	9376	1147	9490	98,80%	8,17

**INDICATORI DI PERFORMANCE
DEGENZA BREVE
Direttore Dottore Luca Beringheli**

PUNTO DI PRIMO INTERVENTO H. GALLINO

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018
Riduzione ricoveri a rischio inappropriatezza in pazienti accettati da PS	LEA 16,36%	LEA 16,60%	LEA <=14	LEA 15,41%	LEA 24,17%	LEA <=14
Nr ricoveri su nr accessi PS	Anno 2015= 7,45%	GennSett 2016= 4,83%	standard <=5% Mantenimento	4,12%	3,44%	standard <=5% Mantenimento
Indicatore C16.1: % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	89,47%	96,33%	standard > 65% mantenimento	96,35%	93,78%	standard > 65% mantenimento
Indicatore C16.2: % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	85,47%	92,82%	standard >74% Mantenimento	93,57%	91,54%	standard >74% Mantenimento
Indicatore C16.3: % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	94,83%	94,17%	standard >82 % Mantenimento	94,66%	94,70%	standard >82 % Mantenimento
Indicatore C16.4: % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	99,67%	97,54%	standard > 95% Mantenimento	98,07%	98,85%	standard > 95% Mantenimento
Indicatore D9 Abbandoni da Pronto Soccorso	1,55%	0,95%	standard < 3% Mantenimento	0,99%	1,42%	standard < 3% Mantenimento

INDICATORI DI PERFORMANCE

Pronto Soccorso Villa Scassi/Sestri e Osservazione Breve Intensiva

Dottore Luca Beringheli

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Riduzione ricoveri a rischio inappropriata in pazienti accettati da PS	Sestri LEA 15,04% Villa Scassi LEA 12,36%	Sestri LEA 15,90% Villa Scassi LEA 15,64%	Sestri LEA 14% Villa Scassi LEA 12%	0
Nr ricoveri su nr accessi PS	4,15% Sestri 15,24% Villa Scassi	3,10% Sestri 15,36% Villa Scassi	Mantenimento	0
Indicatore C16.1: % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	97,38% Sestri 40,50% Villa Scassi	98,02% Sestri 37,48% Villa Scassi	mantenimento Sestri > 65% Villa Scassi	10
Indicatore C16.2: % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	97,60% Sestri 47,80% Villa Scassi	97,46% Sestri 47,73% Villa Scassi	mantenimento Sestri > 74% Villa Scassi	
Indicatore C16.3: % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	96,61% Sestri 57,24% Villa Scassi	96,78% Sestri 54,68% Villa Scassi	mantenimento Sestri > 82 % Villa Scassi	
Indicatore C16.4: % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	97,29% Sestri 91,37% Villa Scassi	97,77% Sestri 91,08% Villa Scassi	mantenimento Sestri > 95% Villa Scassi	
Indicatore D9 Abbandoni da Pronto Soccorso	2,14% Sestri 8,38% Villa Scassi	2,51% Sestri 7,87% Villa Scassi	standard <3% mantenimento Sestri <5% Villa Scassi	5
Miglioramento appropriatezza nell'assegnazione codici triage in confronto con dati SIMEU relativamente ai codici gialli	Relazione Dir POU - dati agli atti P.A. Micone 86% V. Scassi 71%	Sestri = 80,34% Villa Scassi=71,01%	90%	5
				20

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Affari Generali
Direttore Avv. Giovanna Depetro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Coordinamento/utilizzo SW Delibere e Determine da parte di tutte le strutture	100% strutture		Entro 31/05/2018 verifica utilizzo SW Delibere e Determine per il 100% delle strutture	S.C. Affari Generali	30	30
	2	Adeguamento Legge Gelli	Evidenza adeguamento regolamento ai decreti		vedi scheda progetto	S.C. Affari Generali	25	25
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalle schede allegate			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
S.C. Affari Generali
Avv. Giovanna Depetro

Obiettivi in materia di Privacy

S.C. AFFARI GENERALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Costituzione e coordinamento di un gruppo di lavoro-cabina di regia (SIA , AFFARI GENERALI, STAFF DIREZIONE SANITARIA) e rete di referenti di progetto	1) tempistica nomina gruppo e rete 2) evidenza di report documentale operatività gruppo	1) Dirigenza: ENTRO IL 15.2.18 Nomina gruppo di progetto e richiesta referenti di progetto 1) Comparto: ENTRO IL 15.2.18 Supporto alla nomina gruppo ed individuazione della rete dei referenti di progetto (direttori di dipartimento e referenti trasparenza) 2) Dirigenza: AL 30.6 ED AL 31.12.18 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi, verifica ed eventuale implementazione di azioni correttive 2) Comparto: AL 30.6 ED AL 31.12.18 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi, verifica ed eventuale implementazione di azioni correttive
Acquisire in azienda un software almeno di archiviazione ed, in prospettiva, di gestione di dati e documentazione in materia di privacy aggiornato, interoperativo con gli altri applicativi aziendali ed utilizzabile da tutti i responsabili di trattamenti e loro incaricati ed uno start up guidato del progetto	Evidenza documentale di supporto normativo in materia di privacy al SIA per la definizione dei format con i contenuti minimi dell'applicativo (gestionale) informatizzato	Dirigenza: Entro 31.3.18 documento contenente i contenuti minimi del registro dei trattamenti Comparto: Entro 31.3.18 supporto alla redazione di documento contenente i contenuti minimi del registro dei trattamenti
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) Incontro formativo con i responsabili privacy 2) Revisione corso FAD in materia 3) Evidenza documentale di riscontri e/o audit privacy finalizzati ai nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) Dirigenza: Entro 25.5.18 almeno un incontro per area tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale 1) Comparto: entro 25.5.18 supporto alla tenuta di almeno un incontro per area tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale. 2) Dirigenza: Entro il 30.6.2018 trasmissione alla Formazione delle slide corso con eventuali aggiornamenti 2) Comparto: Entro il 30.6.2018 supporto alla predisposizione delle slide corso con eventuali aggiornamenti ed alla trasmissione alla Formazione 3) Dirigenza: Entro 31.12.18 riscontro 100% richieste pervenute ed almeno n.2 audit 3) Comparto: Entro 31.12.18 supporto al riscontro 100% richieste pervenute ed almeno n.2 audit
Accorpate in un unico documento tutte le procedure e modulistica aggiornata sulla base della nuova regolamentazione europea in materia di privacy	Evidenza documentale di un unico DPS privacy aggiornato	Dirigenza: Entro 30.11.18 proposta nuovo DPS Comparto: Entro 30.11.18 supporto alla proposta nuovo DPS

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Dipartimento Giuridico

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Aggiornare la gestione del rischio e l'attività di monitoraggio del trattamento del rischio rivedendo le tabelle compilate nel 2017 e individuando eventuali nuovi processi, nuovi rischi, nuove misure; 2) svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura (ad esclusione della S.C. Servizio Legale e S.C. Affari Generali)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 1 ottobre trasmissione al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento: a) della tabella sulla gestione e sul monitoraggio del trattamento del rischio; b) dei dati e delle informazioni svolte dalle singole strutture in modo da consentire al Referente di compilare la relazione/questionario complessivo sul rispetto del P.T.P.C.T e del Codice di Comportamento a livello dipartimentale.
2) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle strutture del Dipartimento, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore di Dipartimento entro il 09/11/2018.
<p align="center"><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u></p>		

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Affari Generali

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Attivazione dei registri degli accessi (amministrativi): a) accesso civico; b) accesso agli atti	Rispetto tempistica aggiornamento - giorni di ritardo rispetto alla data fissata	a) Entro il 01 giugno attivazione del registro relativo alle richieste di accesso civico ex D.Lgs .n 33/2013; b) entro il 31 dicembre attivazione registro accesso agli atti
2) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza attraverso il riordino della sotto sezione "Strutture sanitarie private accreditate" (contenuto relativo a: Accordi intercorsi con le strutture private accreditate")	Rispetto tempistica - trasmissione;giorni di ritardo rispetto alla data fissata) - utilizzo formati aperti	Entro il 01 giugno aggiornare gli accordi pubblicati per tipologia di regime assistenziale (anziani, salute mentale ecc..)

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Servizio Amministrazione del Personale
Direttore Dott.ssa Silvia Simonetti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Attuazione Piano Assunzioni 2018 (2017 + 2018) Monitoraggio mensile spesa relativa alle nuove assunzioni e alle cessazioni	Rispetto del calendario previsto dal Piano Assunzioni Aggiornamento mensile assunti e cessati 2018		Monitoraggio mensile numero assunti e spesa assunzioni Prospetto mensile comunicato a Bilancio e CCD	CCD	30	30
	2	Utilizzo della procedura informatica SW Delibere e Determine in via esclusiva	100% delibere e determine		Entro 31/05/2018 utilizzo SW Delibere e Determine per il 100% delibere e determine	S.C. Affari Generali	25	25
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
S.C. Servizio Amministrazione del Personale
Dott.ssa Silvia Simonetti

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Servizio Amministrazione del Personale

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi
<p>Aggiornamento del Codice di Comportamento, con procedura aperta e sotto la supervisione del RPCT al fine di: 1) favorire un collegamento più stretto ed una integrazione sostanziale con il P.T.P.C.T. ; 2) rendere il codice meno generico e più specifico alla realtà dell'ente; 3) fornire un supporto ai dirigenti dell'ente nell'applicazione del Codice (UPD)</p>	<p>Rispetto tempistica aggiornamento - giorni di ritardo rispetto alla data fissata</p>	<p>Entro il 30 giugno adozione del provvedimento di approvazione, previa procedura aperta, del Codice di Comportamento.</p>
<p>Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza verificando i dati presenti su Amministrazione Trasparente sezione "personale" sottosezione 2 livello "Tassi di assenza" ai sensi dell' art. 16 del D.Lgs. n. 33/2013</p>	<p>Rispetto tempistica - trasmissione;giorni di ritardo rispetto alla data fissata) - utilizzo formati aperti</p>	<p>Trasmettere a redazione.sito e per conoscenza a prev.corr i dati aggiornati sui tassi di assenza secondo le seguenti tempistiche:a) entro il 15 maggio aggiornare i tassi da assenza relativi al periodo aprile - dicembre 2017; b) entro il 31 dicembre aggiornare i dati almeno del I semestre 2018.</p>
<p>Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza verificando i dati presenti su Amministrazione Trasparente sezione "personale" sottosezione 2 livello "contrattazione collettiva" ai sensi dell' art. 21 c. 2 del D.Lgs. n. 33/2013 e dell'art. 55 c. 4 D.Lgs. n. 150/2009</p>	<p>Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata) - utilizzo formati aperti</p>	<p>Entro e non oltre il 04 giugno 2018 trasmettere a redazione.sito e per conoscenza a prev.corr i contratti integrativi aziendali (Accordi OO.SS. Dirigenza medica e veterinaria, dirigenza S.P.T.A. e del comparto) e i relativi costi</p>
<p>Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza verificando i dati presenti su Amministrazione Trasparente sezione "performance" sottosezione 2 livello "ammontare complessivo dei premi" e "dati relativi ai premi" ai sensi dell' art. 20 commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 33/2013.</p>	<p>Rispetto tempistica - trasmissione; giorni di ritardo rispetto alla data fissata) - utilizzo formati aperti</p>	<p>Entro e non oltre il 02 luglio 2018 trasmettere a redazione.sito e per conoscenza a prev.corr : a) l'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati; b) ammontare dei premi effettivamente distribuiti; c) la distribuzione del trattamento accessorio in forma aggregata; d) il grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità (sia per i dirigenti sia per il comparto).</p>

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Aggiornamento e Formazione
Direttore Dottoressa Veneranda Guida

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Progetto diffusione FAD	Numero iscritti a corsi FAD interni ed esterni		Incremento degli iscritti e delle fruizioni da parte di esterni e interni	CCD	30	30
	2	Utilizzo della procedura informatica SW Delibere e Determine in via esclusiva	100% delibere e determine		Entro 31/05/2018 utilizzo SW Delibere e Determine per il 100% delibere e determine	S.C. Affari Generali	25	25
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Mantenimento dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

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

Obiettivi in materia di Privacy

S.C. Formazione

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	Incontro formativo con i responsabili privacy	Entro 25.5.18 organizzare almeno un incontro per area tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale.
	Revisione corso FAD in materia	1) Dal 16.7.2018 mettere a disposizione da portale "moodle" le slide corso FAD con eventuali aggiornamenti 2) Entro il 31.12.2018 verifica effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
	Organizzazione partecipazione a corsi-master di formazione di alta specializzazione specifici per il personale dirigente e PO degli Affari Generali e SIA destinato al progetto per l'aggiornamento in materia	Entro 31.12.2018 organizzazione partecipazione, di concerto con la SC Affari Generali ed il SIA.

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Servizio Legale (Avvocatura)
Direttore Avvocato Rosa Placido

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Implementazione recupero crediti giudiziali	Emissione di decreti ingiuntivi azionabili		10% entro 31/12 con esclusione dei crediti RSA	S.C. Bilancio	30	30
	2	Utilizzo della procedura informatica SW Delibere e Determine in via esclusiva	100% delibere e determine		Entro 31/05/2018 utilizzo SW Delibere e Determine per il 100% delibere e determine	S.C. Affari Generali	25	25
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
S.C. Servizio Legale
Avvocato Rosa Placido

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Servizio Legale		
Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi
1) Coinvolgimento della struttura nelle attività di analisi del rischio e della trasparenza: mappatura e valutazione del rischio di un nuovo processo.	Rispetto tempistica aggiornamento - giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Entro il 02 luglio (a seguito dell'incontro informativo sulle modalità di espletamento della gestione del rischio) compilare e trasmettere direttamente a prev.corr le schede del procedimento amministrativo ex art. 35 D.Lgs.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
Direttore Dottoressa Cecilia Solari

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Creazione base dati condivisa con CCD su piano assunzioni/cessazioni 2019 - 2021	Creazione prospetto analitico piano assunzioni per profilo con indicazione data di attivazione e chiusura procedura di assunzione. Evidenza dello stato di avanzamento della procedura amministrativa		Condivisione Prospetto con CCD, Bilancio e Contabilità e Personale con evidenza dello stato di avanzamento - Aggiornamento mensile	CCD	30	30
	2	Utilizzo della procedura informatica SW Delibere e Determine in via esclusiva	100% delibere e determine		Entro 31/05/2018 utilizzo SW Delibere e Determine per il 100% delibere e determine	S.C. Affari Generali	25	25
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalle schede allegate			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane
Dottoressa Cecilia Solari

Obiettivi in materia di Privacy

S.C. O.S.R.U.

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Risk assessment e management in materia di privacy	rinnovo delle nomine di responsabili del trattamento dati personali secondo le procedure di cui alla deliberazione n 827 del 7.12.16 ed il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Dirigenza e comparto: Entro 30.11.2018 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento 2) Dirigenza e comparto 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati , individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Fisica Sanitaria
Responsabile Dott.ssa Nuccia Canevarollo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	Gestione Dispositivi di Protezione Individuale anti X e stesura relativa procedura aziendale	Stesura procedura aziendale e sua presentazione all'Ufficio Qualità Approvazione procedura e pubblicazione sul sito Intranet aziendale Aggiornamento archivio digitale dei DPI anti X		Entro 30/6 definizione e stesura della procedura aziendale di gestione dei DPI anti X Entro 31/12 registrazione su apposito archivio di tutti i dispositivi attraverso barcode associato, verifica iniziale e periodica delle caratteristiche di attenuazione e di portabilità del dispositivo, smaltimento finale	Fisica San/ SPP	25	30
	2	Revisione Gestione della sorveglianza fisica individuale dei lavoratori esposti a rischio RX e stesura relativa procedura aziendale	Stesura procedura aziendale e sua presentazione all'Ufficio Qualità Approvazione procedura e pubblicazione sul sito Intranet aziendale Numero di segnalazioni di irregolarità nel servizio di gestione dosimetri a carico personale del comparto FS da parte della Ditta fornitrice dei dosimetri		Entro 30/6 stesura procedura aziendale e sua presentazione all'Ufficio Qualità Entro 31/12 approvazione procedura e pubblicazione sul sito Intranet aziendale	Fisica San	25	30
	3	Revisione biennale LDR in Radiologia e Medicina Nucleare e confronto con documento ISTISAN 33/17	Definizione modalità raccolta dati dosimetrici per tipologia di apparecchiatura Report LDR valutati		Entro 31/12 Report finale	Fisica San	15	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Fisica Sanitaria
Responsabile Dott.ssa Nuccia Canevarollo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Luglio 2018 - Audit III parte per transazione	SC Pian, Progr. Org. Sanitaria	10	10	
			Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015		Luglio 2018 - Audit I parte a completamento (La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)				
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	
	2	TITOLO DELL'INIZIATIVA PROGETTUALE: Corso blended Sicurezza LASER	Lettera di presentazione del progetto alla S.C. Formazione Accreditamento ECM Caricamento materiale didattico su piattaforma Moodle Numero edizioni di incontri in aula realizzati (almeno 2)		Caricamento materiale didattico su piattaforma Moodle Numero edizioni di incontri in aula realizzati (almeno 2)	CCD	10	10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Fisica Sanitaria
Dottorssa Nuccia Canevarollo

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Medicina Nucleare
Responsabile Dottor Augusto Manzara

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Vedi schede allegate	Da 1° maggio incremento attività con monitoraggio trimestrale	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	Performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Da 1° maggio incremento attività con monitoraggio trimestrale	<i>CCD</i>	30	10
	2	Progetto di riattivazione della Struttura a parità di risorse umane e tecnologiche	Evidenza progetto		Entro il 31/05/2018	<i>Dir San</i>	10	15
PERFORMANCE	3	Collaborazione con la SSD Fisica Sanitaria ai fini degli adempimento previsti dalla Direttiva EURATOM				<i>Dir San</i>	10	5
	4	Obiettivo comparto Corso di venipuntura- acquisire conoscenze e abilità tecniche all'accesso venoso periferico utile ad espletare esami contrastografici (TC e RM) ,da parte del personale TSRM ,attraverso un percorso triennale e isorisorse	rispetto del cronoprogramma		entro il 30/06/2018 informare , attraverso audit interni , il personale TSRM sulla finalità del progetto entro il 31/12/2018 elaborazione del progetto e cronoprogramma formativo anno 2019 : formazione del personale TSRM , attraverso corsi di venipuntura accreditati ECM anno 2020 : applicazione del progetto			15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Medicina Nucleare
Responsabile Dottor Augusto Manzara

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	5	Obiettivo comparto Conferma digitale del nome del TSRM che ha eseguito la prestazione di radiodiagnostica attraverso l'applicativo Polaris nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze	numero di "eseguito"		entro il 30/06 prima verifica entro il 31/12 numero di eseguito > 95%			15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Luglio 2018 - Audit III parte per transazione	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10
			<i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015		Luglio 2018 - Audit I parte a completamento <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>			
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2018 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	<i>UGR</i>	10	10
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Medicina Nucleare
Responsabile Dottor Augusto Manzara

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	10	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Medicina Nucleare
Dottor Augusto Manzara

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino
Direttore f.f. Dottor Paolo Caserza

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Vedi schede allegate	Mantenimento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	Mantenimento performance struttura Anno 2017	Erogato 2017		Mantenimento erogato Anno 2017 Monitoraggio al 30/6 e al 30/9	<i>CCD</i>	30	
	2	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)	<i>Dir San</i>	10	5
	3	Consolidamento del progetto di screening mammografico	numero delle adesioni al progetto		incremento dell'adesione dal 55% al 61% entro 31/12/2018 monitoraggio/rendicontazione	<i>SSD Popolazione e a rischio</i>	10	10
	4	Garantire addestramento e formazione sulle nuove tecnologie in virtù della DIRETTIVA 2013/59/EURATOM	numero del personale coinvolto nel progetto		conoscenza della nuova strumentazione e dell'erogazione della dose radiante	<i>Dir Dip Imm</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino
Direttore f.f. Dottor Paolo Caserza

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	5	Obiettivo comparto Corso di venipuntura- acquisire conoscenze e abilità tecniche all'accesso venoso periferico utile ad espletare esami contrastografici (TC e RM) ,da parte del personale TSRM ,attraverso un percorso triennale e isorisorse	Audit rispetto del cronoprogramma		entro il 30/09/2018 almeno 3 Audit presso ogni sede entro il 31/11/2018 elaborazione del progetto e cronoprogramma formativo	Coord.ri Dip.		15
	6	Obiettivo comparto Conferma digitale del nome del TSRM che ha eseguito la prestazione di radiodiagnostica attraverso l'applicativo Polaris nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze	numero di "eseguito"		entro il 30/06 prima verifica entro il 31/12 numero di eseguito > 95%	Coord.ri Dip.		10
	7	Obiettivo comparto Monitoraggio della qualità percepita attraverso un questionario di soddisfazione finalizzato a migliorare la qualità dei nostri servizi nelle sedi mammografiche	n° di questionari consegnati e valutati		entro il 31/3/2018 realizzazione del questionario per la rilevazione dei dati entro il 30/06/2018 1° rilevazione dei dati entro il 31/12/2018 rilevazione , valutazione dei dati e proposte di miglioramento	Coord.ri Dip.		10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino
Direttore f.f. Dottor Paolo Caserza

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	<p>1) Stesura delle proposte di miglioramento</p> <p>2) Espressione degli indicatori di processo ed esito</p>		<p>Entro il 28/02/2018 comunicazione formale del tema prescelto</p> <p>Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit</p>	UGR	10	10
PROGETTI	1	<p>PROGETTO Gestione flusso per prestazioni interne</p> <p>1) Aggiornamento estrazione prestazioni interne da Gestionali Verticali: campi obbligatori in sede di order entry</p> <p>2) Flusso disponibile almeno mensilmente (dalla data alla data) con tracciato definito dal CCD comprensivo di campi calcolati (tempi attesa)</p>	<p>1) Obbligatorietà dell'alimentazione del campo</p> <p>2) Numero di record con campo non compilato</p>		<p>1) Campo obbligatorio entro il 30/04</p> <p>2) Dopo il 30/04/2018 zero record con campo non compilato</p>	CCD	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino
Direttore f.f. Dottor Paolo Caserza

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	5	5
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	<i>CCD</i>	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino
Dottor Paolo Caserza

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Radiologia Territorio
Responsabile Dottoressa Cristina Odino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Vedi schede allegate	Mantenimento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	Mantenimento performance struttura Anno 2017	Erogato 2017		Mantenimento erogato Anno 2017 Monitoraggio al 30/6 e al 30/9	<i>CCD</i>	20	
	2	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)	<i>Dir San</i>	10	5
	3	Consolidamento del progetto di screening mammografico	numero delle adesioni al progetto		incremento dell'adesione dal 55% al 61% entro 31/12/2018 monitoraggio/rendicontazione	<i>SSD Popolazione e a rischio</i>	10	10
	4	Garantire addestramento e formazione sulle nuove tecnologie in virtù della DIRETTIVA 2013/59/EURATOM	numero del personale coinvolto nel progetto		conoscenza della nuova strumentazione e dell'erogazione della dose radiante	<i>Dir Dip Imm</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Radiologia Territorio
Responsabile Dottoressa Cristina Odino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	5	Consolidamento del progetto di accesso diretto per esami ecografici selezionati sulle sedi di via XII Ottobre/ via Assarotti e Nervi. Ampliamento presso la sede di Struppa E' prevista una seduta settimanale presso ciascuna sede con fascia oraria dedicata per la seguente tipologia di esami non richiedenti preparazione o digiuno: tiroide, collo , ghiandole salivari , linfonodi, cute-sottocute,canale inguinale,testicolo spalla, ginocchio, tendine di Achille.	Nr giornate Nr prestazioni per giornata		Almeno 46 gg /anno Nr prestazioni pari 460 (con margine +/- 2% rispetto a 460)	Dir Dip Imm Dir DSS 11,12,13	10	10
	6	Obiettivo comparto Conferma digitale del nome del TSRM che ha eseguito la prestazione di radiodiagnostica attraverso l'applicativo Polaris nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze	numero di "eseguito"		entro il 30/06 prima verifica entro il 31/12 numero di eseguito > 95%	POU		15
PERFORMANCE	7	Monitoraggio della qualità percepita attraverso un questionario di soddisfazione finalizzato a migliorare la qualità dei nostri servizi nelle sedi mammografiche	n° di questionari consegnati e valutati		entro il 31/03/2018 realizzazione del questionario per la rilevazione dei dati entro il 30/06/2018 1° rilevazione dei dati entro il 31/12/2018 rilevazione , valutazione dei dati e proposte di miglioramento	Coord.ri Dip.		15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Radiologia Territorio
Responsabile Dottoressa Cristina Odino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	<p>1) Stesura delle proposte di miglioramento</p> <p>2) Espressione degli indicatori di processo ed esito</p>		<p>Entro il 28/02/2018 comunicazione formale del tema prescelto</p> <p>Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit</p>	UGR	10	10
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Radiologia Territorio
Dottoressa Cristina Odino

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Radiologia Villa Scassi
Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Vedi schede allegate	Mantenimento	CCD	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	Mantenimento performance struttura Anno 2017	Erogato 2017		Mantenimento erogato Anno 2017 Monitoraggio al 30/6 e al 30/9	CCD	20	
	2	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)	Dir San	10	5
	3	Consolidamento del progetto di screening mammografico	numero delle adesioni al progetto		incremento dell'adesione dal 55% al 61% entro 31/12/2018 monitoraggio/rendicontazione	SSD Popolazione a rischio	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Radiologia Villa Scassi
Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Garantire addestramento e formazione sulle nuove tecnologie in virtù della DIRETTIVA 2013/59/EURATOM	numero del personale coinvolto nel progetto		conoscenza della nuova strumentazione e dell'erogazione della dose radiante	Dir Dip Imm	10	5
	5	Obiettivo comparto Corso di venipuntura- acquisire conoscenze e abilità tecniche all'accesso venoso periferico utile ad espletare esami contrastografici (TC e RM) ,da parte del personale TSRM ,attraverso un percorso triennale e isorisorse	Audit rispetto del cronoprogramma		entro il 30/09/2018 almeno 3 Audit presso ogni sede entro il 31/11/2018 elaborazione del progetto e cronoprogramma formativo	Coordinatori Dipartimento		10
	6	Obiettivo comparto Conferma digitale del nome del TSRM che ha eseguito la prestazione di radiodiagnostica attraverso l'applicativo Polaris nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze	numero di "eseguito"		entro il 30/06 prima verifica entro il 31/12 numero di eseguito > 95%	Coordinatori Dipartimento		10
	7	Monitoraggio della qualità percepita attraverso un questionario di soddisfazione finalizzato a migliorare la qualità dei nostri servizi nelle sedi mammografiche	n° di questionari consegnati e valutati		entro il 31/3/2018 realizzazione del questionario per la rilevazione dei dati entro il 30/06/2018 1° rilevazione dei dati entro il 31/12/2018 rilevazione , valutazione dei dati e proposte di miglioramento	Coordinatori Dipartimento		10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Radiologia Villa Scassi
Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PDTA	1	PDTA Ospedaliero del paziente affetto da malattia renale cronica in fase avanzata, con coinvolgimento di A.N.E.D.	evidenza del PDTA nel rispetto del cronoprogramma		- Entro 31 marzo 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 giugno 2018 evidenza di almeno un incontro del Gruppo - Entro 31 ottobre 2018 redazione del PDTA assegnato	POU	10	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Luglio 2018 - Audit III parte per transazione	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
			Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015		Luglio 2018 - Audit I parte a completamento (La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)			
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2018 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Radiologia Villa Scassi
Direttore Dottoressa Nicoletta Gandolfo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	PROGETTO Gestione flusso per prestazioni interne 1) Aggiornamento estrazione prestazioni interne da Gestionali Verticali: campi obbligatori in sede di order entry 2) Flusso disponibile almeno mensilmente (dalla data alla data) con tracciato definito dal CCD comprensivo di campi calcolati (tempi attesa)	1) Obbligatorietà dell'alimentazione del campo 2) Numero di record con campo non compilato		1) Campo obbligatorio entro il 30/04 2) Dopo il 30/04/2018 zero record con campo non compilato	CCD	5	5
	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Radiologia Villa Scassi
Dottoressa Nicoletta Gandolfo

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Neonatologia
Direttore Dott. Stefano Macciò

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referent e	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017: Nido: Ord € 332.942,07 - Punti Drg 85,10 Pediatria : DH € 7.323,07 - Punti Drg 8,06 Neonatologia e Patologia Neonatale: Ord € 85.248,00 - Punti Drg 18,15 Ambulatoriale: € 81.929,29 Prestazioni interne: € 1.394,55	Incremento	Ccd	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	CCD	20	0
	2	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 98% dei nuovi nati con prenotazione	POU	10	5
	3	Riduzione liste di attesa prima visita allergologia	Esecuzione prima visita entro un mese		Esecuzione della prima visita entro un mese nel 90 % dei casi	POU	15	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Neonatologia
Direttore Dott. Stefano Macciò

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referent e	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Promozione allattamento al seno esclusivo	Numero di neonati con allattamento esclusivo . Raccolta del dato in occasione del controllo eco anche al 45° giorno di vita		Almeno il 90% della popolazione sottoposta ad esame ecografico risponde all'intervista	POU	0	25
	5	Vaccinazioni in ambiente protetto in collaborazione con Assistenza Consultoriale e ISP	Elaborazione protocollo tra i centri vaccinali periferici e la SC con dettaglio dei casi da inviare e delle modalità		Entro 30/6 elaborazione criteri che devono regolare i casi e le modalità di vaccinazione in ambiente protetto Entro 31/10 protocollo	POU ISP Consult.	10	5
PDTA	1	Percorso "Monitoraggio del dolore nel neonato"	Attivazione audit clinico Valutazione sul 95% di tutti i nati		Entro 31/8 attivazione monitoraggio del dolore Al 30/10 applicazione della valutazione sul 95% di tutti i nati	POU	10	25
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Neonatologia
Direttore Dott. Stefano Macciò

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalle Strutture e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico	Implementazione dell’Audit Clinico all’interno della Struttura con: 1) Stesura delle proposte di miglioramento. 2) Dichiarazione degli indicatori di processo ed esito 3) Modalità di monitoraggio 4) Relazione consuntiva da parte della S.S. Gestione Rischio in merito al corretto sviluppo del percorso Audit Clinico assegnato alle Strutture.		Entro il 31/01/2018 la S.S. Gestione Rischio invia nota formale alle Strutture riguardante l’organizzazione del percorso Audit Clinico ed. 2018. Entro il 15/02/2018 le Strutture propongono il tema di Audit Clinico . Entro il 15/03/2018 La S.S. Gestione Rischio valuta l’argomento e approva il percorso Audit Clinico Entro il 31/12/2018 la struttura fornisce alla Gestione del rischio i verbali degli incontri.	UGR	10	10
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Neonatologia
Direttore Dott. Stefano Macciò

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referent e	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD		5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Neonatologia
Dott. Stefano Maccio'

INDICATORI DI PERFORMANCE

S.C. Neonatologia

Direttore Dott. Stefano Macciò

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza media lorda (Neonatologia)	2,75	2,86	2,75	5
Degenza Media trimm dx (Neonatologia)	2,64	2,59	no	0
Degenza Media trimm sn (Neonatologia)	2,76	2,87	no	0
Indicatore C14.2.2: % ricoveri pediatrici in DH medico con finalita' diagnostica (Pediatria)	57,89% (33/57)	65,38% (17/26)	60,0%	5
Indicatore C14.3.2: % di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (Neonatologia e Patologia Neonatale)	Nido = 30,43% (21/69) Patologia neonatale= 30,61% (15/49)*	Nido = 29,63% (8/27) Neonatologia e patologia neonatale= 36% (18/50)	<=18%	5
Neonati sani : % su totale dimessi da Neonatologia e Patologia Neonatale	Media SC= 83,96% 'Nido=90,2% Patologia Neonatale=27,6%	Media SC= 92,3% 'Nido=95,6% Patologia Neonatale=10%	Mantenimento >= 92%	5
				20

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Ginecologia ed Ostetricia
Direttore Dott. Gabriele Vallerino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017:</i> Ord € 1.821.808,00 - Punti Drg 654,38 DH € 662.464,00 - Punti Drg 425,91 DS € 81.624,00 - Punti Drg 45,58 Ambulatoriale: € 118.382,96 Prestazioni interne: € 65.576,85	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata		vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	4	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia / Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	25	0
	2	In una logica del PDTA percorso nascita: integrazione della rete ospedale territorio, sia nel percorso nascita sia in riferimento alla maternità fragile e alla presa in carico delle situazioni a rischio in collegamento con gli altri servizi sanitari e sociali	n. incontri pre e post nascita, n. segnalazioni per presa in carico situazioni a rischio, stato di avanzamento della cartella informatizzata		migliorare la presa in carico integrata ospedale/territorio	<i>DS</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Ginecologia ed Ostetricia
Direttore Dott. Gabriele Vallerino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	progetto interaziendale di rete ostetrico ginecologica con OEI (delib. 346 del 27/07/2017)			Consolidamento ed evidenza del lavoro di equipe entro il 30 Aprile 2018	DS	5	0
	4	Progettazione ed implementazione di una formazione sul campo per le competenze pratiche (technical skill) di strumentazione del taglio cesareo nel caso di emergenza o in collaborazione con UGR e DEA	Esecuzione della parte pratica su manichino rispettando i tempi stabiliti per l'urgenza /emergenza e assenza di eventi avversi		Tutto il personale afferente alla sala parto / S Operatoria ha eseguito la prova pratica di strumentazione del Taglio cesareo sul manichino	POU/ Prof San	0	15
	5	Questionario soddisfazione delle donne in sala parto	Somministrazione di questionari anonimi a tutte le puerpere formulati sulla base del setting assistenziale		Almeno 85% delle puerpere risponde al questionario	POU/ Prof San	0	10
	6	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/ Prof San	0	10
	7	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf	0	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Ginecologia ed Ostetricia
Direttore Dott. Gabriele Vallerino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	8	Ottimizzazione delle risorse umane attraverso strategie per il 1° livello screening del cervicocarcinoma (collaborazione S.C. OG Villa Scassi e S.C. Assistenza Consultoriale)	integrazione tra cps-ostetriche territoriali (SC Assistenza Consultoriale) e cps - ostetriche ospedaliere (S.C. OG villa scassi) per l'esecuzione dei prelievi vaginali(Pap/HPV test) di 1° livello screening del cervicocarcinoma in tutti i centri attivi		Previa verifica di percorribilità al 30/05 offerta di esecuzione di 700 prelievi vaginali di 1° livello screening del cervicocarcinoma /settimana da parte di cps-ostetriche territoriali (SC Assistenza Consultoriale) e cps - ostetriche ospedaliere (S.C. OG villa scassi)	SSD Popolazione a Rischio	10	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Ginecologia ed Ostetricia
Direttore Dott. Gabriele Vallerino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			
		Simulazione del parto cesareo complicato in emergenza (emorragia materna post-partum) Collaborazione con UGR, DEA, personale del comparto e Anestesisti Rianimatori	Evidenza evento		Entro il 31/12/2018 organizzare 2 scenari con simulazione di equipe			
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Ginecologia ed Ostetricia
Direttore Dott. Gabriele Vallerino

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino	CCD/SIA/DS	5	5
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD		5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Ostetricia e Ginecologia
Dott. Gabriele Vallerino

Obiettivi A.Li.Sa. - Anno 2018

Obiettivi Alisa per produzione 2018	Indicatore di risultato	Risultato atteso Anno 2018
Incremento della produzione chirurgica in elezione	Registro sala operatoria - Flusso SDO e Ambulatoriale	Ottimizzazione nell'uso delle sale operatorie. Incremento di un intervento in media per seduta operatoria in ragione della conferma delle deroghe richieste per personale medico e di comparto. Autorizzate e coordinate dalla Direzione Medica di Presidio, se sature la sedute del mattino, le attività a gettone.

I volumi saranno confermati in sede di comunicazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018. Ne conseguiranno rimodulazione e monitoraggio.

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Ginecologia ed Ostetricia
Direttore Dott. Gabriele Vallerino

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media lorda	2,50	3,11	Mantenimento	0
Degenza Media trimm dx	2,67	2,97	no	0
Degenza Media trimm sn	2,75	3,46	no	0
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016 Drg 369 e Drg 381	Drg 369 casi ric ord=46 di cui a rischio inappr nr 0 casi Drg 381 casi ric ord= 101 di cui 0 a rischio inappr	Drg 369 casi ric ord=25 di cui a rischio inappr nr 2 casi Drg 381 casi ric ord=29 di cui 2 a rischio inappr	Mantenimento	0
Indicatore C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	35,85% (128/357)	34,57% (84/243)	<=25%	20
Indicatore C7.2 % parti indotti	12,38% (56/452)	13,87% (52/375)	9,50%	2,5
Indicatore C7.3 % episiotomie depurate (NTSV)	8,4% (19/226)	11,5% (18/157)	Mantenimento	2,5

25

369 - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
381 - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Interna 1

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Ospedaliera Tot valore = € 3.779.411,00 Micone Ord € 1.487.694,00 - Punti Drg 489,32 Villa Scassi Ord € 1.942.401,00 - Punti Drg 604,03 DH € 81.119 - Punti Drg 61,34 Ambulatoriale: € 154.038,27 Prestazioni interne: € 123.648,21 Unità di crisi (Micone) € 268.197,00	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	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	<i>CCD</i>	30	0
	2	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/Prof San</i>	0	20
	3	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	<i>POU/SC Trasf</i>	0	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Medicina Interna 1

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Cartella Clinica Ambulatoriale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale/degenziale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni	<i>Prof San</i>	0	15
	5	Colonscopie e Gastroscopie Cliniche	Rispetto delle classi di priorità B e D		Almeno per il 95% delle richieste		10	0
	6	Colonscopie di screening	Offerta nei 30 gg dopo SOFT positivo pari ad almeno il 50% degli aderenti		min 550 fino a 646		5	0
PDTA	1	Percorsi: Percorso per pz con scompenso cardiaco Percorso per pz anemici Percorso per pz clinicamente e socialmente fragili	Evidenza indicatori per ogni percorso Segnalazione di pz in "percorso" Nr pz che seguono il percorso		Al 30/6 evidenza indicatori per ogni percorso (almeno 3) Almeno il 75% dei pz trattati secondo il percorso e con degenza media (in medicina d'urgenza) pari a 48-72 ore	<i>POU</i>	10	5
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Interna 1

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.				
PROGETTI	1	Sperimentazione di setting assistenziale di area medica organizzato per complessita/ assistenziale ed instabilita clinica. Implementazione modello "case management".			Vedi scheda progetto	CCD	10	10	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD		5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Medicina Interna 1

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE

S.C. Medicina Interna 1 - Micone

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media Lorda	11,01	12,07	10,5	5
Degenza Media Trimm Dx	10,48	11,42	no	
Degenza Media Trimm Sn	11,31	12,31	no	
Peso Medio	1,05	1,03	Mantenimento valori Anno 2015	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai 108 Drg LEA - Patto per la Salute Anno 2013	LEA 0% (nr 132 casi a rischio inappr di cui 0 inappropriati)	LEA 1,09% (nr 92 casi a rischio inappr di cui 1 inappropriati)	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	2,88% (19/659)	5,34% (25/468)	Mantenimento soglia <15,5%	5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	6,99% (45/644)	11,66% (45/386)	<=4% Obt reg	2,5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	3,67% (26/709)	3,99% (18/451)	Mantenimento soglia <=4,5% MES <=5,50 Regione 2015	2,5
Nr DRG BPCO	20 casi	0 casi	Mantenimento	5
				30

INDICATORI PNE

INDICATORI DI PERFORMANCE

S.C. Medicina Interna 1 - Villa Scassi

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media reale*	13,24	11,54	10,5	5
Degenza Media Trimm Dx	0	13,93	no	0
Degenza Media Trimm Sn	0	15,66	no	0
Peso Medio	1,10	1,08	Mantenimento	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai 108 Drg LEA - Patto per la Salute Anno 2013	LEA 2,26% (nr 133 casi a rischio inappr di cui 3 inappropriati)	LEA 4% (nr 50 casi a rischio inappr di cui 2 inappropriati)	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	1,09% (13/1191)	3,96% (22/555)	Mantenimento soglia <=15,5%	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	22,16% (295/1331)	16,53% (81/490)	<=4 Obt reg%	2,5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	3,87% (56/1448)	2,96% (16/541)	Mantenimento soglia <=4,5% MES	5
Nr DRG BPCO	11 casi	2 casi	0 casi	5
				30

INDICATORI PNE

*media ottenuta calcolando la reale degenza media dei diversi piani della struttura

Periodo gennaio settembre 2017

DESCR_REP	GG APERTURA REP	NR PPLL	GG_DEG	GG_DEG TEORICHE	GG_DEG
MED. INTERNA 1 VILLA SCASSI	273	26	8.089	7.098	8.089

DESCR_REP	T.O.	CASI	D.M.
MED. INTERNA 1 VILLA SCASSI	113,96	701	11,54

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Interna2
Direttore Dott.ssa Anna Maria Gatti

te ma	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = €</i> 5.497.655,00 Scassi Ord € 2.678.658 - Punti Drg 803,96 Gallino Ord € 1.676.406,00 - Punti Drg 551,79 LDG € 907.183,20 - Punti Drg 150,94 DH € 103.556,00 - Punti Drg 16,56 Ambulatoriale: € 70.236,45 Prestazioni interne: € 47.596,77	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	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	<i>CCD</i>	30	0
	2	Continuità di cura ospedale territorio relativamente ai pazienti in nutrizione enterale totale dimessi dai nosocomi della ASL3.	Differenza tra il numero di pazienti dimessi dagli ospedali della ASL in trattamento NED e quelli attivati in NED nelle prime 24 ore sul territorio		Differenza tra dimessi ed attivati nelle prime 24 ore inferiore al 10%	<i>POU</i>	10	0
	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/Prof San</i>	0	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Interna2
Direttore Dott.ssa Anna Maria Gatti

te ma	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf	0	20
	5	Cartella Clinica Ambulatoriale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale/degenziale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni	Prof San		15
PDTA	1	PDTA FEMORE (x Reparto Cure Intermedie)	tempo di attesa dalla segnalazione dal setting richiedente al ricovero del ricevente massimo 7 giorni presenza di PDTA in cartella clinica		Entro 7 gg 95 % casi Almeno il 90% dei casi deve essere presente in cartella clinica	POU	10	5
		Percorsi: Percorso per pz con scompenso cardiaco Percorso per pz anemici Percorso per pz clinicamente e socialmente fragili	Evidenza indicatori per ogni percorso Segnalazione di pz in "percorso" Nr pz che seguono il percorso		Al 30/6 evidenza indicatori per ogni percorso (almeno 3) Almeno il 75% dei pz trattati secondo il percorso e con degenza media (in medicina d'urgenza) pari a 48-72 ore	POU	10	5
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Interna2
Direttore Dott.ssa Anna Maria Gatti

te ma	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.				
PROGETTI	1	Sperimentazione di setting assistenziale di area medica organizzato per complessita/ assistenziale ed instabilita clinica. Implementazione modello "case management".			Vedi scheda progetto	CCD	5	5	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto			Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD		5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Medicina Interna 2
Dott.ssa Anna Maria Gatti

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. MEDICINA INTERNA 2 - Gallino
Dott.ssa Annamaria Gatti

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media Lorda	15,06	12,48	10,50	10
Degenza Media Trimm Dx	14,14	11,57	no	0
Degenza Media Trimm Sn	15,3	12,70	no	0
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai 108 Drg LEA - Patto per la Salute Anno 2013	1,12	LEA 0% (nr 102 casi a rischio inappr di cui 0 inappropriati)	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	0,41% (2/483)	4,04% (21/520)	Mantenimento <=18%	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	13,21% (65/492)	10,09% (46/456)	<=4% Obt reg	2,5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	4,50% (23/511)	4,78% (25/523)	Mantenimento soglia <=4,5% MES	5
Nr Drg BPCO	1 caso	7 casi	0 casi	5
				30

INDICATORI PNE

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. MEDICINA INTERNA 2 - Villa Scassi
Dott.ssa Annamaria Gatti

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media reale*	13,24	12,99	10,5	5
Degenza Media Trimm Dx	0	14,32	no	
Degenza Media Trimm Sn	0	17,42	no	
Peso Medio	1,1	1,07	Mantenimento	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai 108 Drg LEA - Patto per la Salute Anno 2013	LEA 2,26% (nr 133 casi a rischio inappr di cui 3 inappropriati)	LEA 1,64% (nr 122 casi a rischio inappr di cui 2 inappropriati)	Mantenimento	2,5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	1,09% (13/1191)	4,04% (21/520)	Mantenimento soglia <15,5%	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	22,16% (295/1331)	21,58 (142/658)	<=4 Obt reg%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	3,87% (56/1448)	3,93% (29/737)	Mantenimento soglia <=4,5% MES	5
Nr DRG BPCO	11 casi	9 casi	0 casi	5
				30

INDICATORI PNE

*media ottenuta calcolando la reale degenza media della struttura

Periodo gennaio settembre 2017

DESCR_REP	Gg Apertura Rep Ord	N Posti Letto Ord	GG_DEG Teoriche	GG_DEG Reali
MED. INTERNA 2 PAD. 9/2	273	40	10.920	11.329

DESCR_REP	T.O.	CASI TRANSIT	D.M.
MED. INTERNA 2 PAD. 9/2	103,75	872	12,99

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Responsabile Dottore Luciano Canobbio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore =</i> € 312.241,00 DH € 312.241,00 - Punti Drg 105,43 Ambulatoriale: € 32.468,42 Prestazioni interne: € 7.499,58	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/ Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	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	<i>CCD</i>	15	0
	2	Monitoraggio switch di molecole a brevetto scaduto verso molecole della classe a brevetto non scaduto (in campo oncologico atc)	DDD molecole a brevetto scaduto / ddd molecole a brevetto non scaduto		Valore rilevato al 30/06/2018 e al 31/12/2018 maggiore o uguale al valore rilevato al 30/06/2017 e al 31/12/2017	<i>Farmacia Osped.</i>	15	0
	3	Corretta compilazione registri AIFA	Per tutti i farmaci sottoposti a registro aifa : inserimento dei pazienti sui registri richiesta di eleggibilità al trattamento contestuale alla prima prescrizione aggiornamento mensile delle successive prescrizioni chiusura delle schede a conclusione del trattamento"		Dal 1° aprile adeguamento a quanto previsto da Aifa in relazione a farmaci sottoposto a registri	<i>Farmacia Osped.</i>	10	0
	4	Gestione informatizzata della somministrazione di terapie onco/ematologiche	Formazione all' utilizzo del Software "Somministrato"		Al 31/12/2018 evidenza di avvenuta formazione di almeno il 90% del personale infermieristico assegnato alla struttura	<i>POU/ Prof San</i>	0	25
	5	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	<i>POU/ SC Trasf</i>	0	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Responsabile Dottore Luciano Canobbio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
	6	Introduzione di strumenti di valutazione e identificazione precoce di bisogni di cure palliative di concerto con SSD Oncologia Villa Scassi e SSD Cure Palliative	- formazione di gruppo di lavoro !- identificazione dello strumento (proposto NECPAL + GSF) !- documento di adozione		- Entro 31 maggio 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 luglio 2018 evidenza identificazione strumento - Entro 31 ottobre 2018 adozione documento	<i>POU</i>	10	10
<i>QUALITA'</i>	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10
<i>UGR</i>	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre-trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	<i>UGR</i>	10	10
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Responsabile Dottore Luciano Canobbio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Implementazione procedura informatizzata di somministrazione farmaci antitumorali e ancillari presso Oncologia Villa Scassi e Oncologia Padre Antero Micone.	Vedi scheda progetto		Vedi scheda progetto	CCD	10	10
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD		5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Dottor Luciano Canobbio

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.S.D. Oncologia Ospedale Micone - Sestri
Dottore Luciano Canobbio

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Appropriatezza codifica DSA : Nr DSA Terapeutici/Nr DSA Totali	DSA Diagn = 53 Terap= 38 pari al 41,76%*	DSA Diagn = 54 Terap= 5 pari all'8,47%	Almeno il 60% DSA Terapeutici	15
Indicatore C14.2: % ricoveri in Dh medico con finalità diagnostiche	8,85% (30/339)	13,95% (18/129)	Mantenimento <18%	5
				20

**Attività trasferita prevalentemente in dh*

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> Ospedaliera Tot valore = € 312.241,00 DH € 312.241,00 - Punti Drg 105,43 Ambulatoriale: € 32.468,42 Prestazioni interne: € 7.499,58	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	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	<i>CCD</i>	15	0
	2	Monitoraggio switch di molecole a brevetto scaduto verso molecole della classe a brevetto non scaduto (in campo oncologico atc)	DDD molecole a brevetto scaduto / ddd molecole a brevetto non scaduto		Valore rilevato al 30/06/2018 e al 31/12/2018 maggiore o uguale al valore rilevato al 30/06/2017 e al 31/12/2017	<i>Farmacia Osped.</i>	15	0
	3	Corretta compilazione registri AIFA	Per tutti i farmaci sottoposti a registro aifa : inserimento dei pazienti sui registri, richiesta di eleggibilità al trattamento contestuale alla prima prescrizione aggiornamento mensile delle successive prescrizioni chiusura delle schede a conclusione del trattamento"		Dal 1° aprile adeguamento a quanto previsto da Aifa in relazione a farmaci sottoposto a registri	<i>Farmacia Osped.</i>	10	0
	4	Gestione informatizzata della somministrazione di terapie onco/ematologiche	Formazione all' utilizzo del Software "Somministro"		Al 31/12/2018 evidenza di avvenuta formazione di almeno il 90% del personale infermieristico assegnato alla struttura	<i>POU/ Prof San</i>	0	25
	5	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	<i>POU/ SC Trasf</i>	0	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
	6	Introduzione di strumenti di valutazione e identificazione precoce di bisogni di cure palliative di concerto con SSD Oncologia Micone e SSD Cure Palliative	- formazione di gruppo di lavoro ¹ - identificazione dello strumento (pr		- Entro 31 maggio 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 luglio 2018 evidenza identificazione strumento - Entro 31 ottobre 2018 adozione documento	POU	10	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10
		Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit			

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	
	2	Implementazione procedura informatizzata di somministrazione farmaci antitumorali e ancillari presso Oncologia Villa Scassi e Oncologia Padre Antero Micone.	Vedi scheda progetto		Vedi scheda progetto	CCD	10	10	
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD		5	
TOTALE PESO SCHEMA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Dottor Manlio Mencoboni

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.S.D. Oncologia Ospedale Villa Scassi
Dottore Manlio Mencoboni

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Appropriatezza codifica DSA : Nr DSA Terapeutici/Nr DSA Totali	DSA Diagn =3 Terap= 17 pari all'85%*	DSA Diagn =0 Terap= 0 pari allo 0%	Almeno 40% dei pz trattati in DSA	15
Indicatore C14.2: % ricoveri in Dh medico con finalità diagnostiche	17,56% (36/205)	13,84% (31/224)	Mantenimento <18%	5

20

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anatomia Patologica
Direttore f.f. Dottoressa Floriana Petrogalli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Vedi schede allegate	Mantenimento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	Riduzione tempi di refertazione attività istituzionale	Rispetto tempistica refertazione in urgenza		Monitoraggio e rivalutazione al 30.06	<i>POU</i>	10	5
	2	Rispetto tempi di refertazione attività screening	Rispetto tempistica refertazione di cui alla tabella allegata		Monitoraggio e rivalutazione al 30.06	<i>POU</i>	15	5
	3	Garantire risposte entro max 6 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 max 6 gg lavorativi monitoraggio intermedio al 30.06	<i>POU</i>	10	10
	4	Utilizzo metodica THIN PREP su almeno il 65% degli strisci cervico-vaginali di screening I livello	N° casi PAPTEST di screening primo livello N° casi in cui si utilizza THIN Prep	5% (980)	65%	<i>POU</i>	10	5
	5	Esecuzione di HER-2 come fattore prognostico -predittivo ai fini terapeutici sul 75% degli adenocarcinomi gastrici contestualmente alla diagnosi per abbreviare tempistica di attesa per inizio terapia oncologica	N° casi adenocarcinoma gastico N° casi adenocarcinoma gastrico su cui si esegue HER-2	5%	75%	<i>POU</i>	10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anatomia Patologica
Direttore f.f. Dottoressa Floriana Petrogalli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	6	Riduzione del rischio nella verifica del dato di laboratorio: validazione tecnica	% di dato validato tecnicamente su tot esami refertati		Estendere al 60% di utilizzo il sistema di validazione tecnica del dato, frutto di analisi strumentale e manuale	Prof San	0	25
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Luglio 2018 - Audit III parte per transazione	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
			Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015		Luglio 2018 - Audit I parte a completamento <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>			
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anatomia Patologica
Direttore f.f. Dottoressa Floriana Petrogalli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5
	2	PROGETTO Gestione flusso per prestazioni interne 1) Aggiornamento estrazione prestazioni interne da Gestionali Verticali: campi obbligatori in sede di order entry 2) Flusso disponibile almeno mensilmente (dalla data alla data) con tracciato definito dal CCD comprensivo di campi calcolati (tempi attesa)	1) Obbligatorietà dell'alimentazione del campo 2) Numero di record con campo non compilato		1) Campo obbligatorio entro il 30/04 2) Dopo il 30/04/2018 zero record con campo non compilato	CCD	10	10
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
 Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
 Dott. Paolo Cavagnaro

Direttore f.f.
 S.C. Anatomia Patologica
 Dottoressa Floriana Petrogalli

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

							
S.C. Centro di Controllo Direzionale							
SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018							
S.C. Anatomia Patologica							
Direttore f.f.Dottore Luca Anselmi							
Tempi di refertazione S.C. Anatomia Patologica							
<i>Indicatore di partenza data di esecuzione esame e data di refertazione</i>							
			Risultati Attesi Anno 2017	Risultati Attesi 1° semestre Anno 2018	Risultati Attesi 2° semestre Anno 2018		
Diagnosi istologica campioni operatori			15	15	15	con sfioramento	< 5%
Diagnosi istologica campioni bioptici			5	5	5	con sfioramento	< 5%
Diagnosi citologica extravaginali			7	7	7	con sfioramento	< 5%
Diagnosi citologica vaginali opportunistico			30	30	30	con sfioramento	< 5%
Diagnosi riscontri autoptici			20	20	20	con sfioramento	< 5%

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Anatomia Patologica

Direttore f.f.Dottore Luca Anselmi

Tempi di refertazione S.C. Anatomia Patologica

Indicatore di partenza data di esecuzione esame e data di refertazione

				Risultati Attesi Anno 2017	Risultati Attesi 1° semestre Anno 2018	Risultati Attesi 2° semestre Anno 2018		
Breast Unit								
- stadiazione oncologica con fattori prognostici della neoplasia mammaria				20 gg	15	15	con sfioramento	< 5%
- refertazione cito e istologica (agoaspirati e biopsie)				8 gg	7	7	con sfioramento	< 5%
Attività di screening								
1° livello cervice				30 gg	30 gg	30 gg	con sfioramento	< 5%
2° livello cervice				6 gg	6 gg	6 gg	con sfioramento	< 5%
cervice Hc2 test				30 gg	30 gg	30 gg	con sfioramento	< 5%
2° livello colon				6 gg	6 gg	6 gg	con sfioramento	< 5%
2° livello mammella				8 gg	8 gg	8 gg	con sfioramento	< 5%

per gli esami di 2° livello di colon ,cervice e mammella e per gli esami istologici di agobiopsie mammella vengono previsti gg. 2 in più per eventuali colorazioni di immunohistochemical (evidenziali nel foglio di lavoro e nel referto) (90%)

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore f.f. Dottore Alessandro Correggi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Implementazione del flusso di attività di Immunoprofilassi anti D pre e post parto rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	15	10
PERFORMANCE	1	Informatizzazione richieste trasfusionali ed Emo-Bed Side: prosecuzione reparti di degenza (progetto in estensione)	Numero reparti operativi (11 su 28 tot. Al 30/4/18 pari al 39%)		Applicazione della richiesta trasfusionale ed Emo-Bed Side al letto del paziente al 46% dei reparti di degenza di Villa Scassi Monitoraggio intermedio al 30/6	POU	5	5
	2	Gestione dell'audit clinico sul tema: Monitoraggio del rientro dei moduli di avvenuta trasfusione Monitoraggio della conforme compilazione dei moduli di avvenuta trasfusione	Evidenza report Controlli campione rispetto compilazione e tempistica di invio di concerto con UGR		Monitoraggio trimestrale per il rispetto degli indicatori.	UGR	15	20
	3	Monitoraggio della conforme compilazione dei moduli per pazienti che effettuano il test di coombs	Evidenza report		Monitoraggio semestrale per il rispetto degli indicatori.	UGR	20	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore f.f. Dottore Alessandro Correggi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Patient Blood Management: l'ottimizzazione emopoietica pre-operatoria Creazione di percorso integrato e multidisciplinare a vantaggio della minimizzazione del rischio clinico trasfusionale e per la ottimizzazione della gestione delle scorte di sangue	Evidenza progetto PDTA per il pz ortopedico		Presentazione progetto entro 30/07 Decorrenza progetto entro 30/11	POU	20	15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Certificazione: Aggiornamento ed implementazione della documentazione di SGQ in relazione all'adeguamento alla norma ISO 9001-ed2015		Entro 31/12/2018 Audit di parte I per la verifica dell'avvenuto adeguamento	SC Pian, Progr. Org. Sanitaria	10	10
			Accreditamento: Adeguamento alle GPG e monitoraggio del Sistema Documentale		Entro 31/12/2018 Audit di parte I per la verifica dell'avvenuto adeguamento			
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2018 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore f.f. Dottore Alessandro Correggi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				SC AAGG	5	5
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD/Farmacie a Osp/DS		5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Direttore f.f.
S.C. Immunoematologia e Medicina
Trasfusionale
Dottor Alessandro Correggi

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) Entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione		
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati , individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti	5	5
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format		
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento		
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento		
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento		
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento		

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Laboratorio Analisi
Direttore f.f. Dott. Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali		Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
PERFORMANCE	1	In collaborazione con DSS estensione delle modalità INR capillare a livello territoriale	N° DSS con utilizzo INR capillare		Entro 2018 5 distretti operanti con le modalità INR capillare	<i>Dir DSS/ Dir f.f. Laboratorio</i>	15	10
	2	Assicurazione da parte del personale dirigente dipendente delle prestazioni rese dal personale "SUMAI" in caso di assenza	% di ore di assenza senza sostituzione		>75 % delle ore di assenza (ferie, malattie etc.) assicurate da personale dirigente dipendente	<i>DIR SC Cure Primarie/ Dir f.f. Laboratorio</i>	15	0
	3	Uliore perfezionamento dei processi di standardizzazione del Controllo Interno di Qualità nei laboratori dipartimentali	% di standardizzazione del CV e delle altre variabili di riferimento del CQI		>70 % di standardizzazione	<i>Dir. Laboratorio</i>	15	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Laboratorio Analisi
Direttore f.f. Dott. Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Gestione dell'appropriatezza prescrittiva in collaborazione con i MMG	Individuazione e condivisione di percorsi diagnostici e linee guida ccondivise		Almeno 2 percorsi condivisi	<i>Dir. Laboratorio/ Cure Primarie</i>	10	0
	5	Riduzione del rischio nella verifica del dato di laboratorio: validazione tecnica	% di dato validato tecnicamente su tot esami refertati		Estendere al 60% di utilizzo il sistema di validazione tecnica del dato, frutto di analisi strumentale e manuale	<i>Prof San</i>	0	25
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Luglio 2018 - Audit III parte per transazione	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10
			<i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015		Luglio 2018 - Audit I parte a completamento <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>			
UGR	1	Relizzazione modello di valutazione del rischio nella fase preanalitica	Gestione campioni inadeguati come non conformità e misurazione con scale di probabilità/rilevabilità/gravità		Costruzione indice di priorità del rischio	<i>Lab Analisi/UGR</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Laboratorio Analisi
Direttore f.f. Dott. Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PROGETTI	1	PROGETTO Gestione flusso per prestazioni interne 1) Aggiornamento estrazione prestazioni interne da Gestionali Verticali: campi obbligatori in sede di order entry 2) Flusso disponibile almeno mensilmente (dalla data alla data) con tracciato definito dal CCD comprensivo di campi calcolati (tempi attesa)	1) Obbligatorietà dell'alimentazione del campo 2) Numero di record con campo non compilato		1) Campo obbligatorio entro il 30/04 2) Dopo il 30/04/2018 zero record con campo non compilato	CCD	10	10	
	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto			Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Laboratorio Analisi
Dott. Antonino Spitaleri

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Responsabile Dottore Enrico Torre

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Ottobre 2017</i> Ambulatoriale: € 678.778,53	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/CCD</i>	5	5
	2	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Attivazione ambulatorio congiunto cardiometabolico	Raccolta numero pazienti arruolati		Almeno 50 pazienti anno	<i>SC</i>	20	10
	2	Liste di attesa/rapporti col San Martino	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)	<i>SC</i>	10	10
	3	Controllo qualità glucometri	Compilazione scheda specifica		Entro il 30/05 redazione modulistica registrazione Dal 01/06 registrazione dato con cadenza settimanale	<i>POU/Prof San</i>		20
PDTA	1	Revisione degli indicatori del PDTA del Diabete (almeno 3 di cui 1 di esito)	al 30/6 evidenza dei nuovi indicatori		al 31/12 autorilevazione degli indicatori per il 2° semestre 2018	<i>POU</i>	10	10
			Numero pazienti sottoposti a screening		Incremento del 25%			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Responsabile Dottore Enrico Torre

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
	UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.	UGR	10
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5
	2	Progetto iroide	Attivazione screening ecografico Numero pazienti arruolati		Almeno 100 pazienti anno	CCD	10	10
	3	Screening Doppler TSA Prevenzione Ictus, tramite applicazione di tecnologie biomedicali per la prevenzione, diagnosi e cura del paziente	Vedi scheda progetto		Vedi scheda progetto	CCD	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Dottor Enrico Torre

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = € 1.163.310,00</i> Ord € 1.163.310,00 - Punti Drg 346,37 <i>Ambulatoriale:</i> € 4.146.640,38 Prestazioni interne: € 93.578,67	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Utilizzo farmaci biologi biosimilari: incremento di utilizzo dei biosimilari vs brand	numero piani compilati vs numero pz serviti in diretta		compilazione 5% dei piani terapeutici riportanti farmaci biosimilari anche per quelli distribuiti in diretta su nuovi pazienti 95% sul totale	<i>Farmacia Ospedaliera</i>	10	0
			incremento numero piani per biosimilari vs brand		80% dei piani terapeutici di nuovi pazienti riportanti farmaci biosimilari al 30/06/2018 e al 31/12/2018			
3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/Prof San</i>	0	10	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/ SC Trasf		20
	5	Attivazione presso lo S.O. La Colletta del servizio estivo (giugno-settembre) di Emodialisi per popolazione temporaneamente residente nel territorio di ASL 3	Attivazione servizio		Entro il 31/12 presa in carico di almeno il 95% della domanda espressa in relazione alla disponibilità della struttura	POU/ Prof San/ Nefrologia e Dialisi	0	15
PDTA	1	PDTA Ospedaliero del paziente affetto da malattia renale cronica in fase avanzata, con coinvolgimento di A.N.E.D.	Elaborazione PDTA		- Entro 31 marzo 2018 costituzione del Gruppo di lavoro - Entro 30 giugno 2018 evidenza di almeno un incontro del Gruppo - Entro 31 ottobre 2018 redazione del PDTA assegnato	POU	10	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: <i>Nefrologia e Dialisi Villa Scassi</i>	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015		Entro Settembre 2018 Audit I parte (La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	15	15
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: <i>Nefrologia e Dialisi la Colletta già certificata</i>	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015	Luglio 2018 - Audit III parte per transazione Luglio 2018 - Audit I parte a completamento (La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre-trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			
PROGETTI	1	Dialisi peritoneale domiciliare in RSA e case di riposo			Vedi scheda progetto	CCD	10	10
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Nefrologia
Dottor Paolo Sacco

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

Indicatore	Risultati raggiunti Anno 2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media lorda	17,49	12,77	12,50	5
Degenza Media trimmata a sn	18,49	12,90	no	
Degenza Media trimmata a dx	12,99	11,87	no	
Peso Medio	1,28	1,31	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	12,05% (30/249)	15,38% (34/221)	Mantenimento <=18%	5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	12,78% (29/227)	8,43% (14/166)	<=4% Obt reg	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	11,78% (39/331)	11,94% (32/268)	<=5,50% Obt reg	10
				30

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Pneumologia
Direttore Dottor Claudio Simonassi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Ospedaliera Tot valore = € 3.208.837,00 Ord € 2.458.760,00 - Punti Drg 734,96 Dh € 121.571,00 - Punti Drg 148,32 Ds € 3.364,00 - Punti Drg 3,00 Riab € 625.142,00 - Punti Drg 148,73 Ambulatoriale: € 394.606,92 Prestazioni interne: € 87.264,22	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Farmaci antibiotici - Procedura Antibiotico profilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibiotico profilassi	<i>SIA/Farmacia/DS/CIO</i>	15	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Pneumologia
Direttore Dottor Claudio Simonassi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/Prof San	0	20
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	POU/SC Trasf	0	15
	5	Cartella Clinica Ambulatoriale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018 per l'area riabilitativa)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni	POU/Prof San	0	10
PDTA	1	Revisione degli indicatori del PDTA della BPCO (almeno 3 di cui 1 di esito)	al 30/6 evidenza dei nuovi indicatori		al 31/12 autorilevazione degli indicatori per il 2° semestre 2018	POU	10	10
			presenza di PDTA in cartella clinica nr SDO con BPCO in 1/2/3 diagnosi trattate secondo protocollo		almeno il 90% delle BPCO deve essere trattato secondo PDTA			
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>		<p>Entro Settembre 2018 Audit I parte</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	15	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Pneumologia
Direttore Dottor Claudio Simonassi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.				
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Pneumologia
Dottor Claudio Simonassi

INDICATORI DI PERFORMANCE

S.C. Pneumologia

Direttore Dott. Claudio Simonassi

Indicatore	Risultati raggiunti Anno 2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media lorda Villa Scassi	12,69	13,06	12,50	5
Degenza Media trim sn Villa Scassi	12,95	13,33	no	0
Degenza Media trim dx Villa Scassi	11,95	12,17	no	0
Degenza Media Colletta	15,05	16,54	14*	5
Indicatore C14.2: % ricoveri in Dh medico con finalità diagnostiche	98,96% (285/288)	98,86% (174/176)	Riduzione del 30%	10
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	5,43% (24/442)	4,67% (20/428)	Mantenimento soglia <15,5%	-
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	5,98% (22/368)	7,65% (24/318)	<=4%	0
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	9,40% (56/596)	8,74% (45/515)	<=4,5%	5
Nr DRG BPCO	13 casi	14 casi**	Mantenimento	5
Indicatore C5.8 : % ricoveri per pazienti con insufficienza respiratoria sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva	93,90% (77/82)	98,11% (52/53)	Mantenimento >33%	0
				30

*in considerazione della vocazione riabilitativa del reparto

**in considerazione della complessità dei casi

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati , individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Periodo Gennaio Settembre 2017 Ospedaliera Tot valore = € 1.966.120,00 Riab 056 € 1.046.422,57 - Punti Drg 107,01 DhR 056 € 53.012,88 - Punti Drg 29,52 Riab 075 € 866.684,93 - Punti Drg 83,91	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/CCD</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	2	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/Prof San</i>	0	15
	3	Cartella Clinica Ambulatoriale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018 per l'area riabilitativa)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni Controllo trimestrale	<i>POU/Prof San</i>	0	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PDTA	1	PDTA PARKINSON	implementazione del numero di nuovi accessi al percorso aziendale presenza di PDTA in cartella clinica		Implementazione di almeno il 10% Almeno il 90% dei casi deve essere presente in cartella clinica	<i>POU</i>	10	10
	2	PDTA FEMORE	tempo di attesa dalla segnalazione dal setting richiedente al ricovero del ricevente massimo 7 giorni presenza di PDTA in cartella clinica		Entro 7 gg 95 % casi Almeno il 90% dei casi deve essere presente in cartella clinica	<i>POU</i>	10	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) <i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015		Luglio 2018 - Audit III parte per transazione Luglio 2018 - Audit I parte a completamento (La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.				
PROGETTI	1	Percorso informatizzato interdisciplinare ospedale - territorio per pazienti affetti da patologie neurologiche SC Neurologia, SC Riabilitazione e Recupero Funzionale, SC SIA	Vedi scheda progetto		Vedi scheda progetto	DS/CCD	10	10	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale
Dott.ssa Marina Simonini

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale (Territoriale)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Ambulatoriale: € 1.101.052,19	Incremento subordinatamente all'introduzione delle nuove prestazioni a tariffario	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/B ilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D		Almeno per il 95% delle richieste	<i>DS</i>	25	
			Avvio del trattamento entro 3 settimane dalla visita		Rispetto dei tempi di attesa per almeno il 70% dei pazienti			20
	2	Cartella Clinica Ambulatoriale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018 per l'area riabilitativa)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni Controllo trimestrale	<i>POU/Prof San</i>	0	20
PDTA	1	PDTA PARKINSON	implementazione del numero di nuovi accessi al percorso aziendale presenza di PDTA in cartella clinica		Implementazione di almeno il 10% Almeno il 90% dei casi deve essere presente in cartella clinica	<i>POU</i>	20	15

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale (Territoriale)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditamento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10	
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	<i>UGR</i>	10	10	
PROGETTI	1	Percorso informatizzato interdisciplinare ospedale - territorio per pazienti affetti da patologie neurologiche SC Neurologia, SC Riabilitazione e Recupero Funzionale, SC SIA	Vedi scheda progetto		Vedi scheda progetto	<i>DS/CCD</i>	15	15	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	5	5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale
Dott.ssa Marina Simonini

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

Indicatore	Risultati raggiunti Anno 2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Tasso di Occupazione	91,35%	92,39%	95%	5
Degenza Media Reparto cod 56	D.M. di reparto = 27 gg ; D.M per protesica elettiva= 19 gg ; D.M. per frattura di femore = 34 gg ; D.M. ictus emorragico= 58 gg D.M. altro (neurologici, mielopatie) = 15 gg	D.M. di reparto = 25 gg D.M per protesica elettiva= 19,28 gg ; D.M. per frattura femore= 26,58 gg ; D.M. ictus = dimessi da cod 75= 42 gg ; D.M.altro (neurolog,mielop) = 32 gg .	D.M. di reparto = 25 gg; D.M per protesica elettiva=16 gg; D.M. per frattura femore=23 gg; D.M. ictus =45 gg; D.M.altro (neurolog,mielop) =45 gg	15
Degenza Media Reparto cod 75	33,89	36,45	Mantenimento	10
				30

24,41 25,33
dx sn

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> Ospedaliera Tot valore = € 440.007,29 Ord € 440.007,29 - Punti Drg 96,19 Ambulatoriale: € 325.588,8 Prestazioni interne: € 2.510,19	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	20	0
	2	Consumo di farmaci biosimilare: Etanercept vs Enbrel	a) nr attuale dei pz ad Enbrel e di quelli a biosimilare b) dato trimestrale di monitoraggio dei pz passati da originatore Enbrel a biosimilare c) 80% consumo totale biosimilare		Almeno 80% del consumo totale	<i>SIA / Farmacia</i>	30	0
		Monitoraggio switch di molecole a brevetto scaduto verso molecole della classe a brevetto non scaduto (in campo reumatologico atc I04ab e I04ac)	DDD molecole a brevetto scaduto / ddd molecole a brevetto non scaduto		Valore rilevato al 30/06/2018 e al 31/12/2018 maggiore o uguale al valore rilevato al 30/06/2017 e al 31/12/2017			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/Prof San</i>	0	20
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	<i>POU/SC Trasf</i>	0	10
	5	Cartella Clinica Ambulatoriale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018 per l'area riabilitativa)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni Controllo trimestrale	<i>POU/Prof San</i>	0	25
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>		<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p>(La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10	
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.				
PROGETTI	1	Fracture Unit - Percorso clinico assistenziale dipartimentale ortopedico fisiatrico reumatologico nei soggetti fratturati di femore	Vedi scheda progetto		Vedi scheda progetto	CCD	10	10	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Reumatologia
Dottor Gerolamo Bianchi

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE
S.C. Reumatologia (attività Riabilitativa)
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media	16,28	18,09	15	5
Tasso di occupazione	77,83	82,97**	> 95%	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	7,69% (8/104)	3,03% (3/99)	Mantenimento soglia <15,5%	5
Attività ambulatoriale	Nr prestazioni Anno 2016= 27.909	Nr prestazioni gennsett2017= 20.059 Proiez al 31/12= 26.745	Miglioramento	5
di cui Attività ambulatoriale (DSA)	93,74% DSA Terapeutici 6,26% DSA Diagnostici	98,03% DSA Terapeutici 1,97% DSA Diagnostici	Mantenimento	0
				20

** calcolato su nr 8 posti letto (vedi
email DMO Colletta 3/10/2017)

INDICATORI PNE

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Dipartimento Tecnico
Settore Coordinamento Manutenzioni
Direttore Ingegnere Benedetto Maccio'

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Mappatura sicurezza e continuità degli impianti e apparati ai fini anticendio	Inventario impianti e apparati installati/in dotazione		Entro 30/09/2018 mappatura	<i>Resp Gest Lav</i>	30
	2	Revisione procedura di raccolta e assegnazione delle richieste di intervento orientata al monitoraggio dei tempi di intervento delle officine interne	evidenza report		Entro 30/06/2018 primo report revisione procedura	<i>Resp Gest Lav/SIA</i>	30
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	15
	1	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	5
	1	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015 Integrata con il D.L. 50/2016		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	<i>CCD</i>	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
Struttura Complessa Riqualificazione Edilizia
Direttore Ingegnere Benedetto Maccio'

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Ingegneria Clinica
Responsabile Ingegnere Gino Spada

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Realizzazione del Piano investimenti approvato	SAL periodico	Completamento degli acquisti programmati	CCD	10	10
	2	Inventario apparecchiature	Progetto di aggiornamento dell'inventario	Utilizzo di un gestionale tecnico con allineamento dell'inventario cespiti ad uso contabile	CCD	20	20
	3	PAC Audit su PAC: liquidazione fatture e SAL	Redazione procedure organizzative e delle istruzioni operative riferite all'ambito dei costi e delle passività (debiti)	Procedure entro il 30/09/2018 Istruzioni operative entro il 31/10/2018 Entro mese di dicembre 2018 Audit PAC su liquidazione fatture e SAL	Bilancio	20	20
		Revisione del Regolamento aziendale sulla gestione delle richieste di acquisto per elettromedicali: previsione della commissione acquisti	Delibera di aggiornamento del regolamento	Verbale primo incontro della commissione acquisti entro il 31/07/2018	Provvisoriamente		
4	Aggiornamento e revisione della procedura operativa aziendale (ultima versione 2010) per la valutazione delle richieste pervenute da reparti e servizi aziendali per l'acquisto in esclusiva di farmaci e dispositivi medici	Revisione ed aggiornamento della Procedura in collaborazione con DMO, Farmacia Ospedaliera e S.C. Programmazione e forniture. - Formalizzazione ed attivazione di una Commissione di valutazione - Partecipazione ai lavori della commissione in caso di farmaci e dispositivi medici del Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera o suo delegato	START-UP DI IMPLEMENTAZIONE DELLE INIZIATIVE DI MIGLIORAMENTO: costituzione di un gruppo di lavoro per la revisione della procedura e calendarizzazione incontri VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI PROGETTO RISPETTO AGLI OBIETTIVI AL 30/06 : pubblicazione della procedura aggiornata VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI PROGETTO RISPETTO AGLI OBIETTIVI AL 30/09 : attivazione della Commissione e calendarizzazione incontri di valutazione	DMO	10	10	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Ingegneria Clinica
Responsabile Ingegnere Gino Spada

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma	Entro il 31/05/2018	CCD	20	20
			Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione	Entro il 30/09/2018			
			Introduzione agli Audit	Entro il 31/10/2018			
			Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015	Entro il 31/12/2018			
			TOTALE PESO SCHEDA BUDGET				

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Responsabile
S.S.D. Ingegneria Clinica
Ingegnere Gino Spada

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.S.D. Ingegneria clinica - Ing. G. Spada

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 09/11/2018.
2) Aggiornare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) dati in formato aperto	Entro il 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre trasmettere a redazione sito i dati sui tempi dei procedimenti relativi ai: "contratti sotto soglia - affidamenti lavori e servizi < €.40.000,00" e al "Collaudo forniture"; Entro le stesse date trasmettere i dati sui tempi relativamente al procedimento: "affidamenti lavori e servizi > €.40.000,00 - procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara".
3) Applicazione della rotazione degli incarichi nelle attività più esposte al rischio corruzione (misure specifiche indicate nel trattamento del rischio)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30/06/2017 trasmettere al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) una relazione illustrativa sull'effettiva applicazione della misura

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Patrimonio
Ingegnere Francesco Zampini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	PAC - Costi/Debiti Audit su PAC: liquidazione fatture e SAL	Redazione procedure organizzative e delle istruzioni operative riferite all'ambito dei costi e delle passività (debiti)		Procedure entro il Istruzioni operative entro il Entro mese di ottobre 2018 Audit PAC su liquidazione fatture e SAL	<i>Direttore S.C. Bilancio e Contabilità</i>	10	10
	2	Supporto nell'attività di ridisegno della logistica dei servizi orientata alla maggiore sicurezza e sostenibilità dei costi riferiti al patrimonio strumentale e non strumentale	Evidenza cronoprogramma delle attività Riallocazione degli spazi: stipula di nuovi contratti di locazione e alienazione patrimonio		Cronoprogramma Attivazione delle procedure in coerenza con il cronoprogramma degli interventi	<i>Direttore S.C. Bilancio e Contabilità</i>	10	10
	2	DSS 10: Analisi delle strutture territoriali (Pastorino- Bonghi)	Rispetto cronoprogramma		Entro il 31/12/2018 analisi e cronoprogramma	<i>Direttore Dipartimento Tecnico</i>	15	15
	3	SERT DSS 9 attualmente sito presso Celesia: Analisi soluzioni logistiche	Rispetto cronoprogramma		Entro il 31/12/2018 rispetto cronoprogramma	<i>Direttore Dipartimento Tecnico</i>	15	15
	3	Gestione informatizzata della documentazione relativa alla gestione degli immobili di proprietà e in locazione	Analisi Realizzazione procedura operativa Specifiche tecniche procedura		Entro 31/5 analisi entro 30/06 evidenza procedura operativa	<i>DA</i>	15	15
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	15	15
	1	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Patrimonio
Ingegnere Francesco Zampini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015 integrata con il DL 50/2016		Entro il 31/05/2018	CCD	15	15
					Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018			
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Responsabile
S.S.D. Patrimonio
Ingegnere Francesco Zampini

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.S.D. Patrimonio Immobiliare: Ing. Zampini

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 09/11/2018.
2) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza della sotto sezione: "Beni immobili e gestione del patrimonio" di "Amministrazione Trasparente"	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) dati in formato aperto	Entro il 31 marzo pubblicare l'aggiornamento dei dati relativi a: a) patrimonio immobiliare, b) locazioni, concessioni, comodati passivi; c) locazioni, concessioni, comodati attivi. I documenti pubblicati dovranno essere trasmessi in formato aperto ex art. 7 D.Lgs. n. 33/2013.

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Struttura Complessa Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico
Direttore Ingegnere Marco Bergia Boccardo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	PAC - Costi/Debiti Audit su PAC: liquidazione fatture e SAL	Redazione procedure organizzative e delle istruzioni operative riferite all'ambito dei costi e delle passività (debiti)		Procedure entro il Istruzioni operative entro il Entro mese di ottobre 2018 Audit PAC su liquidazione fatture e SAL	<i>Resp progr gest lav/ Bilancio</i>	5	10
PERFORMANCE	1	Riqualificazione spazi: Analisi e realizzazione degli interventi propedeutici ai trasferimenti delle attività sanitarie dai locali di ARTE a quelli di proprietà di ASL 3	analisi		Entro il 30/09/2018 analisi e rispetto cronoprogramma	DA	20	15
	2	DSS 10: Analisi delle strutture territoriali (Pastorino- Bonghi)	Rispetto cronoprogramma		Entro il 31/12/2018 analisi e cronoprogramma	DA	15	15
	3	SERT DSS 9 attualmente sito presso Celesia: Analisi soluzioni logistiche	Rispetto cronoprogramma		Entro il 31/12/2018 rispetto cronoprogramma	DA	15	15
	4	Gestione Autorizzazioni sanitarie	definizione procedura contenente standard operativi per lavori nelle strutture finalizzato ad ottenere autorizzazioni sanitarie ed evidenza portale per autorizzazioni sanitarie ed accreditamento		Studio per la realizzazione di un archivio della documentazione tecnica ed impiantistica per struttura Entro il 31/07/2018 disponibilità del portale	<i>Resp progr gest lav</i> SIA	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Struttura Complessa Programmazione, Gestione Lavori e Risparmio Energetico
Direttore Ingegnere Marco Bergia Boccardo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	15	15	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	5	5	
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015 integrata con il DL 50/2016		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	<i>CCD</i>	20	20	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
Struttura Complessa Programmazione, Gestione Lavori e
Ingegnere Marco Bergia Boccardo

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SC Programmazione Lavori e Risparmio Energetico Ing. Bergia

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
<p>1) Rivedere con attenzione la gestione del rischio approfondendo l'autonali dei processi secondo le seguenti indicazioni: a) <u>mappatura dei macro processi</u> già individuati scorporandoli nelle sotto fasi e "azioni" di cui si compongono che dovranno essere descritte, specificando, inoltre, se trattasi di fasi "discrezionali" o "vincolate". Indicare la tipologia del soggetto/i esecutori di ogni azione (dirigente o funzionario o entrambi); b) <u>la valutazione del rischio</u>: individuando, per ogni sotto - fase/azione, i soggetti esecutori delle stesse ed i rischi specifici e il livello di rischio; C) <u>trattamento del rischio</u>: proporre le misure di prevenzione concrete e specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. <u>Le attività succitate dovranno essere condotte attraverso il supporto del coordinatore/facilitatore e del gruppo di lavoro preconstituito</u></p>	<p>Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; mancato utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili</p>	<p>Entro il 30 aprile Inviare al RPCT: 1) i verbali degli incontri dei gruppi di lavoro firmati dai partecipanti; 2) le tabelle sulla gestione del rischio, che saranno predisposte dal RPCT, e compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni di cui alla colonna "obiettivi assegnati".</p>
<p>2) Rivedere con attenzione il monitoraggio del trattamento del rischio precisando: a) lo stato di attuazione delle misure; b) i tempi e le fasi di attuazione; c) gli indicatori di attuazione; d) il soggetto responsabile del monitoraggio (se diverso dal Direttore di Struttura). <u>Le attività succitate dovranno essere condotte attraverso il supporto del coordinatore/facilitatore e del gruppo di lavoro preconstituito.</u></p>	<p>1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata</p>	<p>Entro il 15 ottobre inviare al RPCT: 1) i verbali degli incontri del gruppo di lavoro riunito per il monitoraggio del trattamento del rischio; 2) le tabelle sul trattamento del rischio, che saranno predisposte dal RPCT, e compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni di cui alla colonna "obiettivi assegnati".</p>
<p>3) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.</p>	<p>Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento</p>	<p>Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 09/11/2018.</p>
<p>4) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura.</p>	<p>1) Rispetto tempistica trasmissione.</p>	<p>Entro il 15 ottobre trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) i dati necessari ai fini della relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza (relazioni/questionari).</p>

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Struttura Complessa Riqualificazione Edilizia
Direttore Ingegnere Benedetto Maccio'

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	PAC - Costi/Debiti Audit su PAC: liquidazione fatture e SAL	Redazione procedure organizzative e delle istruzioni operative riferite all'ambito dei costi e delle passività (debiti)		Procedure entro il Istruzioni operative entro il Entro mese di ottobre 2018 Audit PAC su liquidazione fatture e SAL	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità	10	10	
	PERFORMANCE	1	Riqualificazione spazi: Analisi e realizzazione degli interventi propedeutici ai trasferimenti delle attività sanitarie dai locali di ARTE a quelli di proprietà di ASL 3	analisi		Entro il 31/12/2018 analisi e rispetto cronoprogramma	Direttore Dipartimento Tecnico	20	20
		2	DSS 11 (CSM): Analisi delle strutture territoriali (Via Peschiera)	Rispetto cronoprogramma		Entro il 31/12/2018 analisi e cronoprogramma	Direttore Dipartimento Tecnico	15	15
		3	DSS 12: Analisi delle strutture territoriali (Via Archimede)	Rispetto cronoprogramma		Entro il 31/12/2018 rispetto cronoprogramma	Direttore Dipartimento Tecnico	15	15
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5	
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015 integrata con il DL 50/2016		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100	

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
Struttura Complessa Riqualificazione Edilizia
Ingegnere Benedetto Maccio'

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza -
S.C. Riqualificazione edilizia - Ing. B. Macciò**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
<p>1) Rivedere con attenzione la gestione del rischio approfondendo l'autonali di processi secondo le seguenti indicazioni: a) <u>mappatura dei macro processi</u> già individuati scorporandoli nelle sotto fasi e "azioni" di cui si compongono che dovranno essere descritte, specificando, inoltre, se trattasi di fasi "discrezionali" o "vincolate". Indicare la tipologia del soggetto/i esecutori di ogni azione (dirigente o funzionario o entrambi); b) <u>la valutazione del rischio</u>: individuando, per ogni sotto-fase/azione, i soggetti esecutori delle stesse ed i rischi specifici e il livello di rischio; c) <u>trattamento del rischio</u>: proporre le misure di prevenzione concrete e specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. <u>Le attività succitate dovranno essere condotte attraverso il supporto del coordinatore/facilitatore e del gruppo di lavoro preconstituito</u></p>	<p>Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; mancato utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili</p>	<p>Entro il 30 aprile Inviare al RPCT: 1) i verbali degli incontri dei gruppi di lavoro firmati dai partecipanti; 2) le tabelle sulla gestione del rischio, che saranno predisposte dal RPCT, e compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni di cui alla colonna "obiettivi assegnati".</p>
<p>2) Rivedere con attenzione il monitoraggio del trattamento del rischio precisando: a) lo stato di attuazione delle misure; b) i tempi e le fasi di attuazione; c) gli indicatori di attuazione; d) il soggetto responsabile del monitoraggio (se diverso dal Direttore di Struttura). <u>Le attività succitate dovranno essere condotte attraverso il supporto del coordinatore/facilitatore e del gruppo di lavoro preconstituito.</u></p>	<p>1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata</p>	<p>Entro il 15 ottobre inviare al RPCT: 1) i verbali degli incontri del gruppo di lavoro riunito per il monitoraggio del trattamento del rischio; 2) le tabelle sul trattamento del rischio, che saranno predisposte dal RPCT, e compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni di cui alla colonna "obiettivi assegnati".</p>
<p>3) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.</p>	<p>Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento</p>	<p>Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 09/11/2018.</p>
<p>4) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura.</p>	<p>1) Rispetto tempistica trasmissione.</p>	<p>Entro il 15 ottobre trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) i dati necessari ai fini della relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza (relazioni/questionari).</p>
<p align="center"><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u></p>		

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Dottoressa Luisa Pareto

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Mappatura sicurezza e continuità dei sistemi hw e sw	1° verifica al 30/6 aggiornamento trimestrale		aggiornamento trimestrale a partire dal 30/6	SIA	20	20
	2	Studio di fattibilità sw per gestione archivio autorizzazioni			Al 31/7 evidenza software	Progr.Lavori e Risp.Energetico/SIA	20	20
	3	Flussi	Revisione qualitativa dei flussi sia verso Regione e Ministero, sia riferiti a attività per ricoverati		Esterni: Incremento quantitativo dei record per SDO e ambulatoriale con recupero per il 2017 dell'attività in convenzione Interni: recupero e invio sistematico dei flussi secondo tracciato indicato dal CCD per tutti i mesi 2018	CCD	20	20
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015		Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore
S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Dottoressa Luisa Pareto

Obiettivi in materia di Privacy

S.C. SIA

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Acquisire in azienda un software almeno di archiviazione ed, in prospettiva, di gestione di dati e documentazione in materia di privacy aggiornato, interoperativo con gli altri applicativi aziendali ed utilizzabile da tutti i responsabili di trattamenti e loro incaricati ed uno start up guidato del progetto	evidenza documentale di specifiche tecniche per la fornitura di applicativo (gestionale) informatizzato ed al Provveditorato per la fornitura eventualmente di start up guidato al progetto	1) Entro 30.6.18 documento contenente le specifiche tecniche dell'applicativo con i contenuti minimi del registro dei trattamenti 2) Entro 31.12.18 fornitura di un software almeno di archiviazione ed, in prospettiva, di gestione di dati e documentazione in materia di privacy aggiornato ed implementato con l'eventuale riversamento dei dati raccolti con il format aziendale ed eventualmente di start up guidato
Risk assessment e management in materia di privacy	Supporto tecnico del SIA al riversamento dati all'interno dell'applicativo; rispetto della tempistica; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 25.5.2018 100% dati informatizzati in formato riversabile in applicativo
	mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati	1) Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive 2) Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti per i trattamenti informatizzati (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti di concerto con le strutture interessate, idonei al riversamento in applicativo
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. SIA - Pareto

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Miglioramento della gestione del rischio e, in particolare la fase del trattamento del rischio individuando misure specifiche di prevenzione concrete, programmate e congrue rispetto ai rischi individuati. Avvalersi del supporto dei coordinatori/facilitatori e dei gruppi di lavoro	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati.	Entro il 30 aprile Inviare al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento): 1) i verbali degli incontri dei gruppi di lavoro firmati dai partecipanti; 2) le tabelle sulla gestione del rischio (predisposta nel 2017).
2) Svolgere attività di monitoraggio sul rispetto degli obblighi del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento all'interno della Struttura.	1) Rispetto tempistica trasmissione.	Entro il 15 ottobre trasmissione al Referente della Prevenzione della Corruzione (Direttore del Dipartimento) i dati richiesti ai fini della relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza (relazioni/questionari).
3) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza della sotto sezione: "Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati" di "Amministrazione Trasparente"	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30 marzo pubblicare: a) gli "Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici" per l'anno 2018; b) i dati/documenti sullo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" all'interno della Asl3; c) il Catalogo dei dati, dei metadati definitivi in base alle indicazioni precisate dall'all.to n. 1 della Del ANAC n. 1310/2016.
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno ai dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Referente della Prevenzione (Direttore del Dipartimento) entro il 09/11/2018.
<p><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u></p>		

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Neurologia
Dottor Paolo Tanganelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = €</i> 3.074.406,20 Ord € 2.502.664,00 Punti Drg 806,80 Dh € 1.880,00 Punti Drg 3,96 Riab € 569.862,20 Punti Drg 159,90 Ambulatoriale € 290.634,29 Prestazioni Interne € 101.708,94	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/CCD</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	30	0
	3	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/Prof San</i>	0	10
	4	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	<i>POU/SC Trasf</i>		10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Neurologia
Dottor Paolo Tanganelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	5	Cartella Clinica Ambulatoriale/Degenziale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018 per l'area riabilitativa/TNF)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni	POU/Prof San		15
PDTA	1	PDTA PARKINSON	implementazione del numero di nuovi accessi al percorso aziendale presenza di PDTA in cartella clinica		Almeno il 90% dei casi deve essere presente in cartella clinica	POU	15	15
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento attraverso CHECK di monitoraggio. Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditemento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.	UGR	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Neurologia
Dottor Paolo Tanganelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	Percorso informatizzato interdisciplinare ospedale - territorio per pazienti affetti da patologie neurologiche SC Neurologia, SC Riabilitazione e Recupero Funzionale, SC SIA	Vedi scheda progetto		Vedi scheda progetto	DS/CCD	15	15
	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Neurologia
Dott. Paolo Tanganelli

S.C. Centro di Controllo Direzionale

INDICATORI DI PERFORMANCE

S.C. Neurologia
Dott. Paolo Tanganelli

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza Media	10,07	11,57	10	5
Degenza Media trim Dx	9,71	11,04	no	0
Degenza Media trim Sn	10,25	11,73	no	0
Peso Medio	0,96 Micone 1,18 Villa Scassi	1,12	Mantenimento	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	Drg 564 (Cefalea età >17 anni) - nr 14 Micone - nr 9 Villa Scassi di cui solo 2 casi inappropriati	Drg 564 (Cefalea età >17 anni) - nr 10 di cui solo 2 casi inappropriati	Mantenimento - soglia inappropriati <2 casi	5
Indicatore C14.2: % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	11,84% (9/76) Micone	0 %Micone	<=18%	5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	5,93%(15/253)Micone 4,92% (24/488)Villa Scassi	5,68% (22/387)	<=4%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	3,79%(14/369) Micone 2,19%(12/548) Villa Scassi	2,26% (12/530)	Mantenimento <=4,5%	5
				30

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Oculistica
Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = €</i> 571.254,00 Ord € 188.522,00 Punti Drg 101,45 Dh € 14.643,00 Punti Drg 8,69 Ds € 368.089,00 Punti Drg 193,37 Ambulatoriale € 3.465.001,72 Prestazioni interne € 109.093,98	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata		vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/CCD</i>	5	5
	4	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	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)	<i>DS</i>	10	0
	2	Farmaci antibiotici - Procedura Antibiotico profilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		- Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibiotico profilassi per tutte le specialità chirurgiche	<i>SIA/Farmacia</i>	10	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Oculistica

Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	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	POU	10	5
	4	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	POU/Prof San	0	15
	5	Cartella Clinica Ambulatoriale	Corretta compilazione del materiale documentale della cartella clinica ambulatoriale (implementazione in base alle indicazioni progettuali di ALISA 2018 per l'area riabilitativa/ortottica)		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni	POU/Prof San		20
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro Settembre 2018 Audit I parte (La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	15	15
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015					
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito		Entro il 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	5	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Oculistica
Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato
PROGETTI	1	Miglioramento del percorso diagnostico terapeutico del paziente maculopatico	Presenza in carico del paziente entro 3 giorni		Esecuzione OTC entro 15/20 gg dalla diagnosi	DS/CCD	10	10
	2	Progetto Informatizzazione sale: Estensione dell'applicazione in uso su tutti i blocchi operatori di Asl3	Applicativo in uso		ADT installata entro il 30/06/2018 Applicativo in uso nel 100% delle strutture entro il 31/12/2018 in coerenza con progetto di estensione attivato: Validazione moduli da parte del POU e avvio estensivo progressivo a partire dal 01/09/2018 da concludersi entro il 31/10/2018 In produzione dal 01/11/2018	CCD/SIA/DS	10	10
		Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino			
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Oculistica
Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparato
PROGETTI	3	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5
	4	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Oculistica
Dott. Fabio Giacomelli

Obiettivi A.Li.Sa. - Anno 2018

Obiettivi Alisa per produzione 2018	Indicatore di risultato	Risultato atteso Anno 2018
Incremento della produzione chirurgica in elezione	Registro sala operatoria - Flusso SDO e Ambulatoriale	Ottimizzazione nell'uso delle sale operatorie. Incremento di un intervento in media per seduta operatoria in ragione della conferma delle deroghe richieste per personale medico e di comparto. Autorizzate e coordinate dalla Direzione Medica di Presidio, se sature la sedute del mattino, le attività a gettone.

I volumi saranno confermati in sede di comunicazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018. Ne conseguiranno rimodulazione e monitoraggio.

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Direttore Dott. Felice Scasso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Gennaio Settembre 2017</i> <i>Ospedaliera Tot valore = € 1.421.820,00</i> Ord € 1.230.873,00 Punti Drg 486,69 Dh € 333,00 Punti Drg 0,65 Ds € 190.614,00 Punti Drg 120,05 Ambulatoriale € 309.097,43 Prestazioni interne € 69.808,32	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/CCD</i>	5	5
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata		Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	<i>Farmacia/Bilancio</i>	5	0
PERFORMANCE	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2017	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	<i>CCD</i>	20	0
	2	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)	<i>DS</i>	10	0

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Direttore Dott. Felice Scasso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	3	Farmaci antibiotici - Procedura Antibioticoprofilassi	Revisione attuali procedure ASL antibiotico profilassi secondo nuovo documento ALISA e linee guida recenti sulle infezioni del sito chirurgico (OMS e CDC 2016-2017).		<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 30 Aprile costituzione del gruppo di lavoro; - Entro il 30 Settembre: svolgimento dei primi incontri del gruppo di lavoro per l'esame delle nuove linee guida (CDC, OMS, Alisa) e relativa applicazione con adattamento nella realtà Aziendale; - Entro il 31 Dicembre revisione e pubblicazione della procedura dell'antibioticoprofilassi per tutte le specialità chirurgiche 	<i>SIA/ Farmacia</i>	10	5
	4	Monitoraggio corretto utilizzo presidi/ausili monouso per l'igiene personale delle persone ricoverate	Evidenza consumo mensile		Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	<i>POU/ Prof San</i>		20
	5	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura		Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	<i>POU/ SC Trasf</i>		20
	6	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	<i>POU</i>	10	10

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Direttore Dott. Felice Scasso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredimento attraverso CHECK di monitoraggio.</p> <p>Giugno 2018 feed-back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check – stato dell'arte</p> <p>Ottobre – Novembre 2018 AUDIT parte prima accreditamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)		Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	5	5
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)	Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%		Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.			
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10
	2	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto		Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	CCD	0	5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Direttore Dott. Felice Scasso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	3	Progetto Informatizzazione sale: Estensione dell'applicazione in uso su tutti i blocchi operatori di Asl3	Applicativo in uso		ADT installata entro il 30/06/2018 Applicativo in uso nel 100% delle strutture entro il 31/12/2018 in coerenza con progetto di estensione attivato: Validazione moduli da parte del POU e avvio estensivo progressivo a partire dal 01/09/2018 da concludersi entro il 31/10/2018 <u>In produzione dal 01/11/2018</u>	CCD/SIA/ DS	10	10
		Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino			
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore
S.C. Otorinolaringoiatria
Dott. Felice Scasso

INDICATORI DI PERFORMANCE

S.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Direttore Dott. Felice Scasso

Indicatore	Risultati raggiunti Anno 2016	Monitoraggio al 30/09/2017	Obiettivo Atteso Anno 2018	Punti
Degenza media lorda	4,36	3,94	Mantenimento	10
Degenza Media trimm dx	4,30	3,68	no	
Degenza Media trimm sn	4,48	5,49	no	
Peso Medio	1,05	1,09	Mantenimento	5
DGR 1222/2011 Appropriately erogativa: trasferimento in regime ambulatoriale Drg a rischio inappropriatezza*	Ric ord: 31 casi Drg 055 1 caso Drg 059 0 casi Drg 060	*Ric ord: 42 casi per Drg 055 67 casi per Drg 059 29 casi per Drg 060	Ric ord: casi per Drg 055 casi per Drg 059 casi per Drg 060	5
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	14,77% (135/914)	19,11% (124/649)	<=17 Obt regionale	2,5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	1,44% (6/416)	1,64% (8/488)	Mantenimento soglia <4,5%	2,5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	24,64% (17/69)	50,53% (48/95)	<=18	5
				20

* N.B.: Trasferita casistica diurna Regime ODS in Ricovero Ordinario
In attesa di verifica annuale dei casi effettivamente inappropriati

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore Avv. Lanzone Isabella

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Revisione procedura operativa attività libero professionale degenziale	revisione della procedura e implementazione rispetto alle integrazioni del Regolamento LP - anno 2018	Entro 31/12/2018: redazione revisione della procedura e implementazione rispetto alle integrazioni del Regolamento LP	DA	20	20
	2	Revisione degli spazi ad uso L.P.I. allargata Sedi: XII Ottobre Fiumara Villa Scassi Martinez	Verifica fattibilità	Entro il 31/05/2018 elaborazione Piano	DA	25	25
	3	Miglioramento della qualità del dato nei flussi informativi regionali Miglioramento nella reportistica interna	revisione e codifica prestazioni generiche nei flussi informativi regionali; prospetto della distribuzione dei POS (con identificativi apparati e professionisti) in uso per attività L.P.I.	predisposizione e validazione nuova codifica delle prestazioni generica con collegamento alla branca di appartenenza entro il 30/04/2018 aggiornamento del report sui POS aziendali entro il 31/05/2018	DA	20	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore Avv. Lanzone Isabella

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	5	5
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015	Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	<i>CCD</i>	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

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

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza: Direttore SC Direzione Amm.va POU (Dott. I. Lanzone)

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla propria struttura, attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.
2) Aggiornare la gestione del rischio con particolare riferimento ai processi di competenza relativi allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia ALPI.	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Entro il 15 ottobre 2017 inviare al RPTC: 1) comunicazione dei nominativi dei coordinatori, dei gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) la tabella relativa alla gestione del rischio così che sarà predisposta dal RPCT
3) Rispettare e vigilare sulle norme della prevenzione della corruzione e della trasparenza all'interno della propria struttura	Rispetto tempistica aggiornamento giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 ottobre trasmettere la tabella sul questionario sul rispetto delle norme contenute nei Piani e nei Codici di Comportamento.

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S. Servizio Ispettivo
Responsabile Dott. Alessandro Cataldo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Definizione Piano delle verifiche Ispettive Check List	Elaborazione del piano delle verifiche Verifiche Check List condivisa con la DA	Entro il 31/03/2018 comunicazione del Piano al DA (Individuazione di una Commissione di Valutazione)	DA	30	30
	2	Realizzazione del Piano delle verifiche	Strutture da verificare (450 circa)	Entro il 31/12/2018 almeno il 70%	DA	30	30
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015	Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Responsabile
S.S. Servizio Ispettivo
Dottor Alessandro Cataldo

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza: SS Servizio Ispettivo		
Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi
1) Accertare il livello di conoscenza delle norme anticorruzione, dei piani e dei codici di comportamento, richiedendo al personale sottoposto a verifica, di rispondere ad un breve questionario predisposte dal RPCT	1) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 2) numero strutture controllate	Entro il 01/12/2017 fornire al RPCT i questionari compilati
2) Rafforzare il coordinamento e la collaborazione tra il SI ed il R.P.C.T per garantire un adeguato livello di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Dare un supporto all'attuazione del sistema di "internal auditing" collaborando nelle seguenti fasi: a) analisi della documentazione relativa ai processi sottoposti a verifica; 2) predisposizione di una check – list sulla qualità della gestione del rischio condotto dalle strutture soggette a controllo; 3) conduzione di una verifica sul campo della struttura a cui afferiscono i processi sottoposti a auditing.

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Staff Direzione Generale
Servizio di Prevenzione e Protezione

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Attivazione percorsi di certificazione internazionale OHSAS 18001/Applicazione Sistema Gestione sicurezza sul lavoro verificato mediante sistema di auditing	Verifica dei livelli di organizzazione del processo di organizzazione della gestione della sicurezza Incontri con gruppi di macroarea per integrazione processi aziendali	Al 31/12 almeno 5 incontri (uno per ogni macroarea) Verbali di Audit interno	DG/DA/DS /CCD	30	30
	2	Occhio alle cadute Minimizzazione del rischio cadute dei lavoratori		Entro il 30/06 : documenti e video sul sito web aziendale per una corretta valutazione del rischio e per aumentare la consapevolezza nei confronti del pericolo. creazione di una scheda di segnalazione e descrizione dell'evento caduta lista di controllo per la prevenzione delle cadute.	DG/DA/DS /CCD	30	30
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015	Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Servizio di Prev e di Protezione

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Coinvolgimento della struttura nelle attività di analisi del rischio e della mappatura della trasparenza. Mappatura dei processi	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata;	1) Individuare una data entro il 30/04/2018 per fissare un incontro formativo in cui verranno illustrate le procedure per lo svolgimento della gestione del rischio; 2) Entro il 30/06 trasmissione di una relazione libera in cui siano illustrate le attività ritenute più a rischio e le misure di prevenzione eventualmente adottate
2) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza verificando la correttezza e completezza dei dati presenti nella seguente sotto sezione di "Amministrazione Trasparente": "Atti Generali" - Riferimenti normativi su organizzazione e attività - Sicurezza"	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Entro il 30/04 trasmettere a redazione.sito la eventuale documentazione mancante nella sezione relativa alla sicurezza

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018 Segreterie Direzionali

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMAN CE	1	Riorganizzazione a supporto della Direzione Socio Sanitaria	Organigramma Regole operative di funzionamento	Entro 60 gg dalla nomina del Direttore Socio Sanitario definizione attività a supporto della Direzione Strategica	<i>Direzione Strategica</i>	40	40
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	15	15
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	10	10
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto (tre anni) - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015	Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	<i>CCD</i>	35	35
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Segreterie Direzionali

	Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi
1	Conoscenza delle norme contenute da Codice di Comportamento, alla luce delle modifiche apportate dall'ultimo aggiornamento.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri; predisposizione di un verbale sottoscritto	Tra il 02/07/2018 e il 30/11/2018: a) individuare un giorno per un incontro formativo con il RPCT nel quale saranno illustrate a grandi linee le novità introdotte dal Codice di Comportamento di prossimo aggiornamento; b) predisposizione di un verbale firmato dalle segretarie di Direzione.

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T.

2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Ufficio stampa, Comunicazione e URP
Responsabile Dottoressa Elisa Nerva

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Partecipazione gruppo di lavoro progetto "Smart - Hospital"	Verbali e documentazione prodotta a supporto delle attività richieste dal progetto	Rispetto dei tempi di progetto per le attività di propria competenza	CCD	30	30
	2	Piano della comunicazione esterna triennale	Proposta di Piano della comunicazione	Entro 30/06 piano degli eventi 2018 Entro 31/07 piano della comunicazione 2019-2020	CCD	30	30
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	15	15
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5
	3	Revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni)	Presentazione Progetto per il mantenimento della certificazione - Cronoprogramma Aggiornamento mappatura rischio: sicurezza, privacy, corruzione Introduzione agli Audit Introduzione alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015	Entro il 31/05/2018 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	20	20
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
Ufficio Stampa Comunicazione e URP
Dottoressa Elisa Nerva

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS Relazioni Esterne - URP

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
<p>1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.</p>	<p>Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento</p>	<p>Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti della propria struttura, attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.</p>
<p>2) Ampliamento della comunicazione istituzionale sulla L. n. 190/2012 e s.m.i. da rivolgere ai portatori d'interesse dell'Azienda ("stakeholder"), attraverso la partecipazione del RPCT al Comitato Misto Consultivo (CMC), al quale illustrare le attività svolte e le misure di prevenzione già attuate in Asl3 e, nel contempo, favorire una fattiva partecipazione del suddetto organismo per il raggiungimento degli obiettivi di trasparenza ed integrità definiti dalla Direzione Generale e per il miglioramento dei documenti strategici.</p>	<p>1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata</p>	<p>Entro il 30 giugno 2018, prevedere, nell'ambito delle riunioni annuali del CMC, una partecipazione del RPCT, in almeno un incontro, per: a) prosecuzione nell'attività di divulgazione della normativa anticorruzione e, in particolare, illustrando le novità del P.T.P.C.T. 2018 - 2020 e del nuovo Codice di Comportamento Aziendale; b) collaborazione con i portatori di interesse nella individuazione e applicazione di nuove misure di prevenzione; c) ascolto dei problemi e delle criticità segnalate dai portatori di interesse, che serviranno da spunto per l'aggiornamento del prossimo P.T.P.C.T.</p>

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore f.f. Dottoressa Marta Caltabellotta

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2% Miglioramento della qualità (diminuzione degli errori tracciati dai controlli)		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata		vedi scheda allegata	CCD	10	0
PERFORMANCE	1	Monitoraggio obiettivi assegnati alle SS.CC. Ospedaliere di cui all'allegato	Report di monitoraggio		Monitoraggio obiettivi assegnati alle Strutture Ospedaliere al 31/12/2018	POU	10	5
	2	Monitoraggio Obiettivi Direttore Generale Aumento produttività Controllo degenza media OBI	Report di monitoraggio sulla produttività Controllo delle dimissioni/trasferimenti dei pz da OBI ai reparti		Evidenza report trimestrali Azioni correttive sulla dimissione/trasferimento dei pz da OBI ai reparti	DS	15	10
	3	Aggiornamento delibera CIO	Evidenza deliberazione		Entro 30/06	DS	10	10
	4	OTTIMIZZAZIONE SPAZI VILLA SCASSI	Adeguamento Anatomia Patologica Realizzazione punto di accesso centralizzato per utenza (URP e Assistenti sanitarie/sociale) Realizzazione nuovi spazi per: guardia medica, locale lavanolo, archivio Servizio personale (ex quarto), Ingegneria clinica Realizzazione impianto di condizionamento pad. 3		redazione progetto complessivo entro il 30/06/2018 (con tempistiche riferite da Ufficio Tecnico – Ing. Maccio') relazione su andamento lavori al 31/09/2018 e al 31/12/2018 con eventuali scostamenti		5	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore f.f. Dottoressa Marta Caltabellotta

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
	5	Monitoraggio della qualità ambientale dei siti di stoccaggio dei rifiuti nelle aree esterne ai PP.OO. del P.O.U.	Evidenza delle visite ispettive e osservazionali		Entro il 31/05 evidenza di scheda per il monitoraggio delle visite ispettive e osservazionali Entro il 31/12 evidenza di verifica a campione su almeno tre mesilità dell'avvenuta visita osservazionale presa in carico almeno del 30% dei malati segnalati			25
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Obiettivo correlato al conseguimento della certificazione ed al rinnovo dell'accredimento da parte delle strutture Luglio 2018 - Audit III parte per transizione Luglio 2018 - Audit I parte a completamento <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accredimento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10
			<i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015					

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore f.f. Dottoressa Marta Caltabellotta

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Progetto Informatizzazione sale: Estensione dell'applicazione in uso su tutti i blocchi operatori di Asl3	Applicativo in uso		ADT installata entro il 30/06/2018 Applicativo in uso nel 100% delle strutture entro il 31/12/2018 in coerenza con progetto di estensione attivato: Validazione moduli da parte del POU e avvio estensivo progressivo a partire dal 01/09/2018 da concludersi entro il 31/10/2018 In produzione dal 01/11/2018	CCD/SIA/ DS	20	20
		Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file	Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD		Estrazione file relativo riferito a tutti i blocchi distintamente: - Eliminazione del registro cartaceo dal 30/09/2018 presso Villa Scassi - Eliminazione del registro cartaceo dal 01/01/2019 presso Micone e Gallino			
		Progetto Informatizzazione sale: Report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc.	Disponibilità di estrazione della base dati gestita		Estrazione base dati strutturata in formato elettronico entro il 30/06/2018 per Villa Scassi Integrazione del registro operatorio informatizzato con le eventuali informazioni mancanti e presenti invece nel registro cartaceo			

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico
Direttore f.f. Dottoressa Marta Caltabellotta

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				SC Affari Generali	5	5
	3	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore f.f.
S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico
Dottoressa Marta Caltabellotta

Obiettivi A.Li.Sa. - Anno 2018

Obiettivi Alisa per produzione 2018	Indicatore di risultato	Risultato atteso Anno 2018
Incremento della produzione chirurgica in elezione	Registro sala operatoria - Flusso SDO e Ambulatoriale	Ottimizzazione nell'uso delle sale operatorie. Incremento di un intervento in media per seduta operatoria in ragione della conferma delle deroghe richieste per personale medico e di comparto. Autorizzate e coordinate dalla Direzione Medica di Presidio, se sature la sedute del mattino, le attività a gettone.

I volumi saranno confermati in sede di comunicazione degli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2018. Ne conseguiranno rimodulazione e monitoraggio.

Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla propria struttura, attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.
2) Aggiornare la gestione del rischio con particolare riferimento ai processi di competenza relativi allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia ALPI.	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Entro il 15 ottobre 2017 inviare al RPCT: 1) comunicazione dei nominativi dei coordinatori, dei gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) la tabella relativa alla gestione del rischio e del monitoraggio del trattamento che sarà predisposta e inoltrata dal RPCT.
3) Attivare i registri degli accessi alla documentazione sanitaria	Rispetto tempistica aggiornamento - giorni di ritardo rispetto alla data fissata	a) Entro il 30 novembre attivazione registro accesso alla documentazione sanitaria secondo quanto previsto dal "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico ai documenti, informazioni e dati detenuti dall'Asl 3" di cui alla Del. n. 291 del 21/06/2017.
4) Rispettare e vigilare sulle norme della prevenzione della corruzione e della trasparenza all'interno della propria struttura	Rispetto tempistica aggiornamento - giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 ottobre trasmettere il questionario sul rispetto delle norme contenute nei Piani e nei Codici di Comportamento.

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) Entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati , individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria
Direttore Dottore Guido Di Vito

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance		Adempimenti relativi alla transizione alla norma ISO 2015 (secondo norma ISO di riferimento, 9001 - 14001)	transizione certificazione	transizione alla norma ISO 9001 e 14001/2015 per le Strutture ad oggi certificate	SC	15	15
		Predisposizione della documentazione finalizzata alla certificazione secondo norma ISO 9001/2008 di nuove strutture/percorsi aziendali :	Evidenza dell'individuazione dei processi da sottoporre a certificazione per le strutture citate	entro Dicembre 2018 implementazione sistema gestione qualita aziendale finalizzata alla certificazione delle strutture citate	SC	20	20
		Adempimenti relativi al rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale, subordinatamente alle indicazioni specifiche in materia da parte della Regione	Delibera regionale di rinnovo accreditamento per le strutture ospedaliere e territoriali	Rinnovo accreditamento istituzionale ospedale territorio	SC	15	20
		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	SC	20	25
		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 2018	SC/CCD	10	0

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria
Direttore Dottore Guido Di Vito

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabil e PCT	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavgnaro

Il Direttore
S.C. Pianificazione, programmazione ed
organizzazione sanitaria
Dott. Guido Di Vito

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla pubblicazione in intranet del nuovo format 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro 30 giorni dalla definizione del registro dei trattamenti aziendale 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

Obiettivi anticorruzione e trasparenza				
- S.C. Pianificazione, Programmazione ed Organizzazione Sanitaria Dott. G. Di Vito				
Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla propria struttura, attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritto dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.	10	10
1) Coinvolgimento della struttura nelle attività di analisi del rischio e della mappatura della trasparenza. Mappatura dei processi	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	1) Individuare una data entro il 30/04/2018 per fissare un incontro formativo in cui verranno illustrate le procedure per lo svolgimento della gestione del rischio; 2) Entro il 30/06 trasmissione di una relazione libera in cui siano illustrate le attività ritenute più a rischio e le misure di prevenzione eventualmente adottate.		
<p><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2018 - 2020</u></p>				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Professioni Sanitarie

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti comparto
VALORE DELLA PRODUZIONE	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	10
	PERFORMANCE	1	Coordinamento interprofessionale. Realizzazione di interventi finalizzati ad una comunicazione integrata tra le Professioni Sanitarie per uno sviluppo sinergico delle progettualità aziendali	Nr incontri Cartella condivisa di rete per archiviazione e consultazione documentazione Descrizione di almeno 3 esperienze di coordinamento interprofessionale		Al 31/10 almeno 4 incontri Nr 3 esperienze di coordinamento interprofessionale Attivazione di 1 Cartella condivisa di rete entro 31/12	DS
2		Qualità percepita	Evidenza questionari		Almeno 2 questionari con autovalutazione	DS	15
3		Realizzazione 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 Azienda	Costituzione gruppo di redazione della SC Professioni Sanitarie- interfaccia con la SS Relazioni Esterne Realizzazione Progetto di Comunicazione Pubblicazione della prima edizione		Costituzione del Gruppo di Redazione entro 30/6 Realizzazione Progetto di Comunicazione entro 30/9 Pubblicazione numero 0 dell'House Organ entro 31/12	DS	10
4		Applicazione FMEA/FMECA nella S.C. DI Medicina e Cure Intermedie dell'Ospedale Gallino in collaborazione con UGR	Identificazione di n 2 processi critici nella S.C. Medicina generale e Cure Intermedie		entro il 30/09 formazione del personale	DS	5
	Elaborazione di azioni di miglioramento			entro il 31/12 elaborazione dei piani di miglioramento	DS		

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Professioni Sanitarie

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti comparto
PERFORMANCE	5	Garantire a tutto il personale TSRM addestramento e formazione sulle nuove tecnologie in virtù della nuova direttiva europea : DIRETTIVA 2013/59/EURATOM DEL CONSIGLIO DEL 5 DICEMBRE 2013	numero del personale coinvolto nel progetto		conoscenza della nuova strumentazione e dell'erogazione della dose radiante	DS	5
	6	Verifica su tutti i referti della conferma digitale del nome del TSRM che ha eseguito la prestazione di radiodiagnostica attraverso l'applicativo Polaris nel rispetto delle responsabilità e dell'ampliamento delle competenze	numero di "eseguito"		Entro il 31/12 numero di eseguito > 95%	DS	5
	7	Monitoraggio compilazione del materiale documentale in base allo schema costruito (implementazione in base alle indicazioni progettuali di A.Li.Sa. Area Riabilitativa)	Nr cartelle verificate nei setting riabilitativi		Almeno il 90% delle cartelle compilate secondo le nuove indicazioni	DS	5
	8	Monitoraggio tempistica flussi dall'accettazione del prelievo ambulatoriale al check-in	Elaborazione report attraverso l'utilizzo dei dati estratti dal Sistema Informatico di Laboratorio		Entro il 31/12, proposte di miglioramento		5
	9	Monitoraggio del rispetto dei tempi di refertazione dichiarati al paziente	Elaborazione di report relativi ai ritardi rilevati		Analisi dei dati e valutazione di attività di miglioramento		5

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018 S.C. Professioni Sanitarie

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti comparto	
PERFORMANCE	10	Monitoraggio compilazione di evidenze documentali in attività di Sorveglianza Sanitaria redatte dai Tecnici della Prevenzione e dagli Assistenti Sanitari	Monitoraggio verbali di accesso redatti dai Tecnici della Prevenzione in occasione di sopralluoghi/ispezioni Monitoraggio Report di attività redatti da Assistenti Sanitari in occasione di sorveglianza migranti		N. Verbali di accesso compilati rispetto ai sopralluoghi svolti dai TdP > 80 % del totale attività svolte N. Report di Sorveglianze Migranti svolte da A.S. >90% del totale attività svolte	DS	5	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Obiettivo correlato al conseguimento della certificazione ed al rinnovo dell'accREDITamento da parte delle strutture	SC Pian, Progr. Org. Sanitaria	10	
			Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015					
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				S.C. Affari Generali	5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Direttore Amministrativo
Dott. Luigi Bertorello

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) Entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati , individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

Staff Direzione Sanitaria

Dottoressa Flavia Emanuelli - Dottoressa Daniela Pezzano - Dottoressa Viviana Mauro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza
PERFORMANCE	1	Garantire la revisione delle risposte scritte all'utenza a seguito di segnalazione particolari pervenute dall'Ufficio Relazioni con il pubblico (URP).	Presenza in carico della pratica segnalata dall'ufficio URP con predisposizione di una risposta revisionata per la prosecuzione dell'iter.		100 % delle segnalazioni pervenute di competenza	DS	20
	2	Partecipazione alla predisposizione ed alla gestione dei processi di "budget" per le strutture sanitarie, valutazione degli obiettivi raggiunti nel 2017 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 2017		entro il 30 aprile 2018	DS	30
	3	Collaborazione con la Direzione Aziendale nella predisposizione /valutazione o monitoraggio di progetti a valenza strategica aziendale.	Evidenza dei progetti/contratti		Almeno 2 progetti in corso: - ottimizzazione percorsi -	DS	20
	4	Riorganizzazione dell'offerta vaccinale per la fascia di età 0-12 mesi Passaggio dell'attività dalla S.C. Consultorio alla S.C. Igiene	Partecipazione alla redazione di un protocollo per il passaggio dell'attività vaccinale della fascia di età 0-12 mesi di concerto con la S.C. Igiene e S.C. Consultorio Avvio attività vaccinale	70% vaccinazioni fascia di età 0 - 12 mesi eseguite dalla S.C. Consultorio	Entro il 30/09/2018 redazione procedura entro il 31/12/2018 passaggio del 70% delle vaccinazioni della fascia d'età 0 - 12 mesi alla S.C. Igiene	DS	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Staff Direzione Sanitaria
Dottoressa Flavia Emanuelli - Dottoressa Daniela Pezzano - Dottoressa Viviana Mauro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100

Gli obiettivi riepilogati nella presente scheda possono essere aggiornati in corso d'anno sulla base degli esiti sul monitoraggio attivato e/o sulla base di eventuali indirizzi di carattere strategico od operativo che nel corso del primo semestre fossero comunicati all'azienda da parte di Regione o Alisa

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
S.S. Valutazione dell'attività
ospedaliera e dei soggetti
erogatori esterni
Dottoressa Flavia Emanuelli

Dirigente Medico
Dottoressa Daniela Pezzano

Dirigente Medico
Dottoressa Viviana Mauro

Obiettivi in materia di Privacy PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) Entro 25.5.2018 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione		
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati, individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti	10	10
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format		
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento		
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento		
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento		
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento		

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
SS Gestione rifiuti sanitari
Dottoressa Marina Franca Pasquarelli Vignati

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	1	Stesura nuova procedura Gestione Rifiuti Sanitari	Evidenza procedura e pubblicazione su Intranet		Elaborazione procedura entro il 30.10 - Pubblicazione procedura entro il 30.12		20	20
	2	Raccolta Differenziata, nuova organizzazione con AMIU	Riunioni formative presso sedi ospedaliere e distrettuali		Posizionamento contenitori e isole entro il 31.12 - Abbattimento spese di smaltimento della Raccolta Differenziata - Il conferimento diretto alla municipalizzata permette di avere uno sconto TARI		20	20
	3	Programmazione corso aggiornamento SISTRI	Entro il 30.11 partecipazione di tutti i referenti SISTRI al corso di aggiornamento		Completa formazione entro il 31.12 di tutto il personale addetto SISTRI (nuovi ingressi e sostituzioni per pensionamento)		20	20
	4	Elaborazione planimetrie dei Depositi Temporanei di A.S.L. 3	Sopralluoghi, fotografie e compilazione schede per ogni Deposito entro il 31.12		Entro il 31.12 comunicazione alle Direzioni Aziendali ed al Servizio di Prevenzione e Protezione del lavoro eseguito		20	20

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
SS Gestione rifiuti sanitari
Dottoressa Marina Franca Pasquarelli Vignati

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consuntivo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata					10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100

Il Direttore Generale
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Sanitario
Dott. Paolo Cavagnaro

Il Responsabile
SS Gestione rifiuti sanitari
Dottoressa Marina Franca Pasquarelli Vignati

Obiettivi in materia di Privacy

PER TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
Aumentare il livello di conoscenza della normativa in materia di privacy e dei nuovi adempimenti in materia di competenza dei responsabili privacy	1) partecipazione incontro formativo con i responsabili privacy 2) frequentazione di corso FAD in materia. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso	1) Entro 25.5.18 partecipazione ad almeno un incontro per area di competenza (tecnico-amministrativa, area ospedaliera, area territoriale). 2) entro il 31.12.2018 effettuazione del corso FAD aggiornato da parte di tutti i dipendenti responsabili di trattamento e/o incaricati privacy (almeno nella parte FAD) e come tali indicati dal responsabile del trattamento di riferimento alla Formazione		
Risk assessment e management in materia di privacy	Classificazione dei dati, indicazione per ciascun trattamento di responsabili ed incaricati , individuazione soggetti interessati, finalità, modalità, origine, destinatari, liceità, norme di riferimento, termini di cancellazione dei dati, riversamento dei dati raccolti nell'applicativo aziendale e/o nel format aziendale del registro trattamenti nel rispetto della tempistica assegnata e, comunque del termine di legge e giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento, verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 100% compilazione completa ed adeguata dati richiesti da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti	10	10
	Mappatura e valutazione dei rischi, misure di sicurezza, valutazione impatto sulla protezione dei dati (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici)	Al 30/04 valutazione degli esiti di progetto rispetto agli obiettivi con i referenti di progetto di riferimento (di concerto con il SIA per i trattamenti informatici e con la SC Affari Generali per i trattamenti documentali), verifica e implementazione di azioni correttive Entro 25.5.18 compilazione completa 100% dati richiesti (su rischi, misure di sicurezza, valutazione di impatto) da applicativo-format riferibili alla struttura ed ai relativi trattamenti e riversamento nell'applicativo-format		
	Rinnovo delle nomine di responsabili esterni del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento		
	Rinnovo delle nomine degli incaricati al trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - Entro 31.5.18 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - Entro 31.5.18 supporto a 100% nomine rinnovate ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento		
	Nomine di responsabili esterni e/o incaricati del trattamento dati personali secondo il format aziendale aggiornato e nel rispetto della tempistica fissata dal DPS; giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Dirigenza - 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento Comparto - supporto a 100% nomine effettuate nel rispetto della tempistica fissata dal DPS ed aggiornamento relativi dati nel registro dei trattamenti e comunicazione a DPO di avvenuto aggiornamento		
Aumentare la qualità della collaborazione con il DPO per gli adempimenti di competenza dello stesso	Rispetto tempistica-trasmissione-coinvolgimento (anche prima dell'attivazione di nuovi trattamenti); giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Evasione del 100% richieste entro il termine assegnato dal DPO; coinvolgimento del DPO e del referente di progetto in materia privacy di riferimento prima dell'attivazione di nuovi trattamenti nel 100% dei casi; aggiornamento del registro dei trattamenti in caso di variazione ai dati nello stesso riportati entro 15 giorni dalla variazione e correlativa informativa preventiva al DPO ed al referente di progetto in materia di privacy di riferimento		

**Obiettivi anticorruzione e trasparenza
SS Gestione Rifiuti Sanitari**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2018	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Rispettare e vigilare sull'osservanza del nuovo Codice di Comportamento, all'interno delle Strutture, avendo cura di illustrare le modifiche apportate al fine di garantire la conoscenza tra i dipendenti.	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali sottoscritti al Direttore del Dipartimento	Illustrazione del nuovo Codice di Comportamento interno, ai dipendenti appartenenti alla propria struttura, attraverso incontri, da effettuarsi entro il 31/10/2018 e predisposizione verbale, sottoscritto dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 09/11/2018.	10	10
2) Applicare la gestione del rischio dei processi identificati nella relazione trasmessa al RPCT il 30 novembre 2018	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Entro il 15 ottobre 2018 inviare al RPCT: 1) comunicazione dei nominativi dei coordinatori, dei gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) la tabella relativa alla gestione del rischio.		
3) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2018 - 2020.	Frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) della struttura. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 30 giugno 2018 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti		

Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2018, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T.P.C.T. 2018 - 2020.