






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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	Vedi scheda Produzione	0		0	
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0	In considerazione dell'obiettivo non calibrato sulle attività non strettamente chirurgiche, lo stesso si ritiene raggiunto	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIAmm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5		0	



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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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		27,5		0	
	2	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	Dir San	10	0	Vedi tabella allegata "Tempi di attesa"	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	POU/ Prof San	0	25	Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	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	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		18,75	😊

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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	Relazione Direttore SC Cardiologia UTIC Villa Scassi: identificati, in collaborazione dipartimentale con la SC Cardiologia Micone-Gallino-Territorio, i seguenti indicatori: 1. Attivazione dell'Ambulatorio dello Scompenso nella nostra struttura con almeno una giornata alla settimana di attività medica ed infermieristica; 2. Appropriatezza prescrittiva (Presenza, nella lettera di dimissione dei pazienti con SC, della prescrizione di almeno due dei farmaci considerati obbligatori (beta-bloccanti, sartani o ACE-inibitori, antialdosteronici); 3. Presenza, nella lettera di dimissione, di un appuntamento ambulatoriale nella rete dello scompenso cardiaco in almeno il 60% dei pazienti eleggibili secondo i criteri del PDTA. Obiettivo raggiunto	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								

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITÀ	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>Entro Settembre 2018 Audit I parte</p>	<p>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</p>	15	15	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	15		15	
			<p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>	<p>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>				<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: l'Azienda ha ritenuto necessario, sia per meglio strutturare il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale sia per ottemperare alla transizione alla nuova norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, acquisire il supporto di un servizio tecnico esterno a valenza biennale. Il servizio di fatto è stato assegnato con determinazione dirigenziale numero 192 solo in data 30 Gennaio 2018. Ciò ha determinato lo slittamento sul biennio 2018 -2019 di quanto inizialmente previsto per il 2017 con la previsione entro il novembre 2019 di portare a certificazione almeno 7 delle strutture tra cui la SC in esame. Obiettivo raggiunto</p>				

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	2,5	2,5	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, si evidenzia un parziale raggiungimento dell'obiettivo.	1,875	☹️	1,875	☹️
		Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione	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.		2,5	2,5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto.	2,5	😊	2,5	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaiera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		10	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		91,875		93,125	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda Produzione	5	☺	0	
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	CCD	10	0	In considerazione dell'obiettivo non calibrato sulle attività di riabilitazione, lo stesso si ritiene raggiunto	10	☺	0	
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	☺	5	☺
	4	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIAMM non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Aph/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5	☺	0	
	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	VEDI SCHEDA INDICATORI	26,25		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	POU	15	0	Relazione Responsabile SSD: Allegato verbale incontro con ISCC L'obiettivo si intende pz raggiunto per le motivazioni espresse dal Resp. SSD	11,25	☺	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	POU/ Prof San	0	20	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM.</p> <p>Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		15	☺
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	<p>Relazione Resp.Area ProF: I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione.</p> <p>Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementare una check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione delle citate check list da parte delle strutture sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	10	☺	10	☺
			<p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001:2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>	<p>(La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>				<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: Norma ISO 9001 : a seguito dell'Audit di mantenimento, da parte del RINA, avvenuto il 02/03 - 07- 2018, come da certificato agli atti (certificato n. 10813/04/s), l'Ente ha confermato la corretta transizione per le strutture storicamente certificate alla nuova norma di riferimento; Norma ISO 14001 : a seguito dell'Audit di mantenimento, da parte del RINA, avvenuto il 26- 06 -2018, come da certificato agli atti (certificato n. EMS-6217/s), l'Ente ha confermato la corretta transizione per l'ospedale La Colletta di Arenzano, unica struttura fino ad oggi in possesso del Certificato ISO 14001, alla nuova norma di riferimento. Obiettivo raggiunto</p>				
UGR	1	<p>Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</p>	<p>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%)</p>	<p>Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.</p>	UGR	5	5	<p>La documentazione analizzata conferma che la S:S.D. Cardiologia Riabilitativa ha raggiunto gli obiettivi attesi per l'anno 2018.</p>	5	☺	5	☺
		<p>Adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la gestione dei farmaci in riferimento alla corretta prescrizione, somministrazione delle terapie farmacologiche sulla Scheda Unica di Terapia. (STU)</p>	<p>Controllo S.T.U. a Campione Scostamento inferiore al 10%</p>	<p>Esiti forniti entro il 31/12/2018 in merito al rispetto degli indicatori su un campione di 30 STU.</p>								

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	<p>Relazione Responsabile SSD: Nel corso del 2018 sono stati ricoverati in totale 567, di cui 258 residenti nel territorio di ASL 3. Di questi ultimi, 225 erano stati sottoposti a chirurgia cardiaca Al momento del ricovero sono stati identificati il 100% di residenti in ASL3 ed il 100% è stato proposto il follow up presso il nostro polo ambulatoriale di Fiumara. Il 10% dei pazienti è stato indirizzato a follow up aziendale ma di altra branca specialistica Il 2.8% inserito in follow up presso i Centri Scompenso aziendali Il 35,7% ha rifiutato l'opportunità proposta per rivolgersi al proprio cardiologo privato Il 42,6% è stato inserito nel Follow Up post cardiocirurgico a Fiumara Il 7,9 % inserito in un programma strutturato riabilitativo ambulatoriale Per questi ultimi due sottogruppi di pazienti nel 100% dei casi è stata predisposta e trasmessa la documentazione sanitaria necessaria all'inserimento nel programma Di Follow Up o di riabilitazione ambulatoriale. Nel 100% dei casi è stato effettuato il recall telefonico a 7 gg postdimissione. Relativamente alla Fase 2 dello stesso progetto doveva essere condotto in collaborazione diretta con ISCC di Camogli. E' stata effettuata nei tempi previsti una riunione operativa in sede di direzione dipartimentale in presenza del Direttore Medico di ISCC cui però non ha fatto seguito nessuna azione da parte della struttura privata convenzionata. La nostra struttura ha comunque effettuato tutte le attività richieste di cui aveva diretto controllo. Obiettivo raggiunto</p>	10	☺	10	☺
	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	vedi relazione 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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019	0		5	☺
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		92,5		95	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda Produzione	5	😊	0	😊
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	CCD	10	0	In considerazione dell'obiettivo non calibrato sulle attività non strettamente chirurgiche, lo stesso si ritiene raggiunto	10	😊	0	
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	4	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apt/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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		27,5		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	Mantenimento/incremento	POU	15	5	Relazione Direttore SC: % pz con ecg ospedaliero con door-to-balloon <60 minuti= 87,3%	15	😊	5	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri	0		18,75	☺
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 presenza di PDTA in cartella clinica nr SDO con scompenso cardiaco in 1/2/3 diagnosi trattate secondo protocollo	al 31/12 autorilevazione degli indicatori per il 2° semestre 2018 almeno il 90% dei pz con scompenso cardiaco eleggibili deve essere trattato secondo PDTA	POU	10	10	Relazione Direttore SC-identificati, in collaborazione dipartimentale con la SC Cardiologia Micone-Gallino-Territorio, i seguenti indicatori: 1. Attivazione dell'Ambulatorio dello Scompenso nella nostra struttura con almeno una giornata alla settimana di attività medica ed infermieristica;	10	☺	10	☺
LITA	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	SC Pian, SC Qual	10	10	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUA	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE		(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	Progr. Org. Sanitaria	10	10	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: l'Azienda ha ritenuto necessario, sia per meglio strutturare il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale sia per ottemperare alla transizione alla nuova norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, acquisire il supporto di un servizio tecnico esterno a valenza biennale. Il servizio di fatto è stato assegnato con determinazione dirigenziale numero 192 solo in data 30 Gennaio 2018. Ciò ha determinato lo slittamento sul biennio 2018 -2019 di quanto inizialmente previsto per il 2017 con la previsione entro il novembre 2019 di portare a certificazione almeno 7 delle strutture tra cui la SC in esame. Obiettivo raggiunto	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	2,5	2,5	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. Cardiologia UTIC Villa Scassi non ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	0	☹	0	☹
		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.		2,5	2,5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto.		☺		☺
PROGETTO	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaiera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0	☺	10	☺
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		92,5		88,75	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Interna 1
Direttore f.f. Dott.ssa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIAMM non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Aph/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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		26,25		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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri	0		15	😊 😊











SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Interna 1
Direttore f.f. Dott.ssa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Prof San	0	15	Relazione Resp.Area ProF: I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione. Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente Obiettivo raggiunto	0		15	😊
	5	Colonscopie e GastroscoPie Cliniche	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste		10	0	Relazione Responsabile SS: nel 90% dei casi, sono stati rispettati i termini di 60 gg per le prioritá D e nel 50% dei casi (termine 10 gg) per le prioritá B. Istituito un nuovo ambulatorio di endoscopia pomeridiano che consente di eseguire ogni giorno 2 colonscopie per il CUP, per le suddette prioritá	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	Relazione Responsabile SSD Popolazione a rischio: - Nel trimestre ottobre – dicembre 2018 gli esiti positivi del primo livello sono stati 226 (ovvero 4.6% dei casi esaminati) , e i soggetti che hanno effettuato colonscopia entro i 30 giorni dopo riscontro di sangue occulto positivo sono stati 172 (76%) Relazione Responsabile SS: almeno il 50% di colonscopie entro 30 gg dal risultato dell'Hemoccult+,e' stato pienamente raggiunto, aumentando il numero di prestazioni, anche presso l'Ospedale Gallino, dove quotidianamente viene inviato un medico della equipe gastroenterologica di Villa Scassi	5	😊	0
PDITA	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	Relazione Direttore SC Medicina d'urgenza: Allegati indicatori per ogni percorso e nr pazienti ricoverati/transitati con relativi esiti e tempistiche Obiettivo pz raggiunto	11,25	😊	11,25	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del materiale 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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Medicina Interna 1
Direttore f.f. Dott.ssa Anna Maria Gatti

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	2,5	2,5	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. MEDICINA INTERNA 1 , non ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	0	☹️	0	☹️
		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.		2,5	2,5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e non raggiunto per l'area della Dirigenza.	0	☹️	2,5	😊
PROGETTI	1	Sperimentazione di setting assistenziale di area medica organizzato per complessità/ assistenziale ed instabilità clinica. Implementazione modello "case management".		Vedi scheda progetto	CCD	10	10	Relazione Direttore SC: Il modello organizzativo è stato implementato in tutte le Aree Mediche. Gli obiettivi sono stati pienamente raggiunti rispetto agli indicatori posti. Presenza nel 95% delle cartelle multidisciplinari della documentazione attestante: - identificazione case manager e medico tutor -valutazione multidimensionale - percorso clinico assistenziale — briefing/debriefing - attivazione percorsi di rete - prescrizione presidi	10	😊	10	😊
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	Vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						105	110		92,50		98,75	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apt/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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		26,56		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	Relazione Direttore SC: raggiunto al 95%.	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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	0		20	 

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		15	☹️
	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	<p>Relazione Resp.Area ProF: I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione. Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	0		15	😊
PDTA	1	PDTA FEMORE (x Reparto Cure Intermedie)	<p>tempo di attesa dalla segnalazione dal setting richiedente al ricovero del ricevente massimo 7 giorni</p> <p>presenza di PDTA in cartella clinica</p>	<p>Entro 7 gg 95 % casi</p> <p>Almeno il 90% dei casi deve essere presente in cartella clinica</p>	POU	10	5	<p>Relazione Direzione SC POU: OBV Parzialmente Raggiunto si allegano verifiche compilate monitoraggio 26 PDTA femore cure intermedie</p> <p>Obiettivo pz raggiunto</p>	7,5	☹️	3,75	☹️

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
		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	Relazione Direttore SC Medicina d'urgenza: Allegati indicatori per ogni percorso e nr pazienti ricoverati/transitati con relativi esiti e tempistiche Obiettivo pz raggiunto	11,25	☹️	11,25	☹️
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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfu-sione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	2,5	2,5	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. MEDICINA INTERNA 2 , non ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	0	☹️	0	☹️
		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.		2,5	2,5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e non raggiunto per l'area della Dirigenza.	0	☹️	2,5	😊
PROGETTI	1	Sperimentazione di setting assistenzia-le di area medica organizzato per complessita/ assistenziale ed instabilità clinica. Implementazione modello "case management".		Vedi scheda progetto	CCD	5	5	Relazione Direttore SC: Il modello organizzativo è stato implementato in tutte le Aree Mediche. Gli obiettivi sono stati pienamente raggiunti rispetto agli indicatori posti. Presenza nel 95% delle cartelle multidisciplinari della documentazione attestante: - identificazione case manager e medico tutor - - valutazione multidimensionale - percorso clinico assistenziale — briefing/debriefing - attivazione percorsi di rete - prescrizione presidi	5	😊	5	😊
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019.	0	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						105	110		90,31		97,5	









SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Responsabile Dottore Luciano Canobbio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	0		0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5	😊	0	
	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	CCD	15	0		16,25		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	Farmacia Osped.	15	0	Relazione Responsabile SSD: non vengono indicati valori rilevati ma si attesta che, a seguito della scadenza dei brevetti dei principali farmaci somministrati, si è proseguita la somministrazione dei farmaci a brevetto scaduto. Obt parzialmente raggiunto perchè mancano i valori di riferimento	11,25	😊	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	Farmacia Osped.	10	0	Nota Direttore SC Farmacia Ospedaliera: Nel 2018 sono state inserite sul registro aifa on line 1995 schede di prescrizione e relative dispensazioni per farmaci oncologici corrispondenti al 99 % delle schede da inserire. Oncologia Micone nr prescrizioni AIFA inserite= 573 Le schede delle terapie terminate sono state chiuse; questo ha permesso di richiedere, in base ai Managed Entry Agreements, 452.865 euro di rimborsi così suddivisi: Oncologia Micone: 179.368 euro	10	😊	0	😊






SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Responsabile Dottore Luciano Canobbio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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	POU/ Prof San	0	25	Durante le riunioni formative e di audit clinico il 100% del personale infermieristico è stato formato all'utilizzo teorico del software e a riprodurre le doppie etichette per la somministrazione delle premedicazioni delle chemioterapie attraverso il software Determinazione nr 1943 del 19/10/2018 : Attivazione modulo software Obiettivo raggiunto	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	POU/ SC Trasf	0	20	Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri	0		15	☹

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Responsabile Dottore Luciano Canobbio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	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	POU	10	10	Relazione Struttura: ADOZIONE DELLA SCHEDA NECPAL CCOMS-ICO® (Necesidades Paliativas – Bisogni di Cure Palliative) STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA – TERMINALE CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE Allegata scheda tipo Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
UGR	1	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	1) Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.S.D ONCOLOGIA SESTRI , ha parzialmente raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	3,75		3,75	
		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		5	5	2) Valutati i verbali degli incontri forniti all' U.G.R, relativamente al percorso in oggetto, si conferma che la S.S.D ONCOLOGIA SESTRI ha completato le attività di Audit Clinico previste per l'anno 2018. La rendicontazione riguardante l'accreditamento formale del percorso formativo è stata effettuata dalla S.C.Formazione e Aggiornamento dopo la raccolta e il controllo della documentazione relativa alla certificazione delle presenze (fogli firma docenti e discenti). Il risultato atteso è stato quindi raggiunto.	5		5	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Sestri P.
Responsabile Dottore Luciano Canobbio

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Nel Periodo tra Aprile 2018 e Novembre 2018 è stato attivato il percorso di audit clinico : "dal titolo la gestione dei farmaci", che ha portato all'acquisizione del software somministrato da parte dell'azienda ASL3 .La procedura informatizzata di somministrazione di farmaci antitumorali e ancillari presso le oncologie permette una maggiore tracciabilità di tutto il processo (Si allega rendicontazione UGR.)	10		10	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	3,75		3,75	
	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		90		92,5	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	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	CCD	15	0		5		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	Farmacia Osped.	15	0	Relazione Responsabile SSD: non vengono indicati valori rilevati ma si attesta che, a seguito della scadenza dei brevetti dei principali farmaci somministrati, si è proseguita la somministrazione dei farmaci a brevetto scaduto. Obt parzialmente raggiunto perchè mancano i valori di riferimento	11,25	😐	0	😐





SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
PERFORMANCE	3	Corretta compilazione registri AIFA	Per tutti i farmaci sottoposti a registro aifa : inserimento dei pazienti sui registri, richiesta di eleggibilita' 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	Nota Direttore SC Farmacia Ospedaliera: Nel 2018 sono state inserite sul registro aifa on line 1995 schede di prescrizione e relative dispensazioni per farmaci oncologici corrispondenti al 99 % delle schede da inserire. Oncologia Micone nr prescrizioni AIFA inserite= 573 Le schede delle terapie terminate sono state chiuse; questo ha permesso di richiedere, in base ai Managed Entry Agreements, 452.865 euro di rimborsi così suddivisi: Oncologia Micone: 179.368 euro	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	Durante le riunioni formative e di audit clinico il 100% del personale infermieristico è stato formato all'utilizzo teorico del software e a riprodurre le doppie etichette per la somministrazione delle premedicazioni delle chemioterapie attraverso il software Determinazione nr 1943 del 19/10/2018 : Attivazione modulo software Obiettivo raggiunto	0	😊	25	😊	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	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	20	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale:</p> <p>Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM.</p> <p>Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		15	☹️
	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 '- 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	10	10	<p>Relazione Struttura:</p> <p>ADOZIONE DELLA SCHEDA NECPAL CCOMS-ICO® (Necesidades Paliativas – Bisogni di Cure Palliative) STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA – TERMINALE CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE</p> <p>Allegata scheda tipo</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	10	😊	10	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento.</p> <p>Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	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	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10	1) Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.S.D ONCOLOGIA VILLA SCASSI , ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	10		10	
	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 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto</p> <p>Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit</p>	2) Valutati i verbali degli incontri forniti all' U.G.R., relativamente al percorso in oggetto, si conferma che la S.S.D ONCOLOGIA VILLA SCASSI ha completato le attività di Audit Clinico previste per l'anno 2018. La rendicontazione riguardante l'accREDITAMENTO formale del percorso formativo è stata effettuata dalla S.C.Formazione e Aggiornamento dopo la raccolta e il controllo della documentazione relativa alla certificazione delle presenze (fogli firma docenti e discenti). Il risultato atteso è stato quindi raggiunto.								

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Oncologia Villa Scassi
Responsabile Dottore Manlio Mencoboni

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	Vedi relazione RPD	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	Nel Periodo tra Aprile 2018 e Novembre 2018 è stato attivato il percorso di audit clinico : "dal titolo la gestione dei farmaci", che ha portato all'acquisizione del software somministrato da parte dell'azienda ASL3 .La procedura informatizzata di somministrazione di farmaci antitumorali e ancillari presso le oncologie permette una maggiore tracciabilità di tutto il processo (Si allega rendicontazione UGR.)	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		86,25		95	



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIAMM non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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		25		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	Farmacia Ospedaliera	10	0	Relazione Direttore SC: nel corso dell'anno 2018 a tutti i nuovi pazienti per i quali vi era l'indicazione clinica è stato prescritto da parte dei medici della S.C. Nefrologia e Dialisi, quale agente stimolanti l'eritropoiesi (ESA), il biosimilare dell'eritropoietina alfa con relativa redazione del piano terapeutico. La prescrizione e compilazione del piano terapeutico ha riguardato il farmaco sia in distribuzione diretta che tramite farmacie esterne.	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				Relazione SC Farmacia Ospedaliera: il consumo dei biosimilari si è attestato all'80% Per la Nefrologia, è evidente un preponderante utilizzo del biosimilare epoalfa.				😊
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	10	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	0			10	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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>		20	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM.</p> <p>Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		15	☹️
	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	<i>POU/ Prof San/ Nefrologia e Dialisi</i>	0	15	<p>Relazione Direttore SC: La S.C. Nefrologia e Dialisi ha attivato presso la sezione di Emodialisi dello S.O. La Colletta un servizio di emodialisi dedicato alla popolazione temporaneamente residente (turisti) per il periodo giugno-settembre. Sono state predisposte 3 postazioni tecniche nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì pomeriggio. Sono pervenute numerose richieste da parte di utenti residenti prevalentemente in Lombardia e Piemonte. Sono state prese in carico il 100% delle richieste espresse ovviamente in relazione alla disponibilità delle postazioni. Le richieste rifiutate sono relative infatti a giornate in cui le tre postazioni dedicate erano già occupate. Sono stati sottoposti a terapia emodialitica 26 pazienti per un totale di 173 trattamenti.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	0	☺️	15	☺️

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: Nefrologia e Dialisi la Colletta già certificata	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 <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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: Norma ISO 9001 : a seguito dell'Audit di mantenimento, da parte del RINA, avvenuto il 02/03 - 07- 2018, come da certificato agli atti (certificato n. 10813/04/s), l'Ente ha confermato la corretta transizione per le strutture storicamente certificate alla nuova norma di riferimento; Norma ISO 14001 : a seguito dell'Audit di mantenimento, da parte del RINA, avvenuto il 26- 06 -2018, come da certificato agli atti (certificato n. EMS-6217/s), l'Ente ha confermato la corretta transizione per l'ospedale La Colletta di Arenzano, unica struttura fino ad oggi in possesso del Certificato ISO 14001, alla nuova norma di riferimento. Obiettivo raggiunto	15		15	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Nefrologia
Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre-trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	2,5	2,5	per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la s.c. nefrologia, ha parzialmente raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	1,875	☹️	1,875	☹️
		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.		2,5	2,5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto.	2,5	😊	2,5	😊
PROGETTI	1	Dialisi peritoneale domiciliare in RSA e case di riposo		Vedi scheda progetto	CCD	10	10	Relazione Direttore SC: si è svolto. presso l'Aula 1 della S.C. Formazione e Aggiornamento di Quarto un incontro con le R.S.A. di 1° livello allo scopo di proporre il progetto "Dialisi Peritoneale in RSA". Hanno aderito all'iniziativa 4 Strutture che sono state addestrate alla metodica dal personale medico e infermieristico della S.C. Nefrologia e Dialisi con la collaborazione, a costo zero, di personale esterno (ditta fornitrice materiale dialitico). Nel corso del 2018 nessuno dei pazienti in trattamento con dialisi peritoneale seguiti dal nostro Ambulatorio ha avuto necessità di accedere a RSA e/o case di riposo. Il servizio è tutt'ora disponibile e pronto ad accogliere tutti quei pazienti in trattamento dialitico endocorporeo che necessitino di accoglienza presso queste Strutture. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		94,375		94,375	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Pneumologia
Direttore Dottor Claudio Simonassi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi allegato (sostanziale pareggio non incremento del valore totale) determinato dalla conversione del 70% della casistica inappropriata da regime di dh a regime ambulatoriale, dove si evidenzia un incremento di valore della produzione.	3,75	😊			
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (APhT/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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		26,25		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	SIA/ Farmacia/ DS/CIO	15	5	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019 Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta. Tuttavia il Direttore SC ha partecipato agli incontri previsti ed ha prodotto un documento L'obiettivo pertanto si intende raggiunto	15	😊	5	😊	😊
	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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	0		20	😊	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Pneumologia
Direttore Dottor Claudio Simonassi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
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	15	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		11,25	☹️	☹️
	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	<p>Relazione Resp. Area Professionale FKT: I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione. Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente. Obiettivo raggiunto</p>	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	<p>Relazione Direttore SC: effettuata individuazione nuovi indicatori rendicontato movimento pz dimessi e riammissioni per il 2° semestre 2018 Obiettivo raggiunto</p>	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				<p>Relazione Direttore SC: 90% delle bpcò è stato trattato secondo il PDTA</p>					
TA			<p>Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	Entro Settembre 2018 Audit I parte	SC Pian, Progr			<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>				😊	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Pneumologia
Direttore Dottor Claudio Simonassi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALI	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE		(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	Progr. Org. Sanitaria	15	15	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: l'Azienda ha ritenuto necessario, sia per meglio strutturare il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale sia per ottemperare alla transizione alla nuova norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, acquisire il supporto di un servizio tecnico esterno a valenza biennale. Il servizio di fatto è stato assegnato con determinazione dirigenziale numero 192 solo in data 30 Gennaio 2018. Ciò ha determinato lo slittamento sul biennio 2018 - 2019 di quanto inizialmente previsto per il 2017 con la previsione entro il novembre 2019 di portare a certificazione almeno 7 delle strutture tra cui la SC in esame. Obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊
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	per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la s.c. pneumologia , ha parzialmente raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	3,75	😊	3,75	😊
		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.		5	5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e non raggiunto per l'area della Dirigenza.	-	😞	5	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5		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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		88,75		95	








SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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	20	0		12,5		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	SIA/ Farmacia	30	0	Relazione Direttore S.C.: Consumo totale 2017 fi: Etanercept: n° 620 (26,1% su tot) – Enbrel n° 1.752 (73,9% su tot) Consumo totale 2018 fi: Etanercept: n° 1076 (42,4% su tot) – Enbrel n° 1.460 (57,5% su tot) Pazienti tot ASL3 al 31/12/2017: Etanercept: 24 (33,3% su tot) – Enbrel: 103 (66,6% su tot) Pazienti tot ASL3 al 31/12/2018: Etanercept: 32 (37,2% su tot) – Enbrel: 54 (62,8% su tot) Come si vede, rispetto al totale, c'è stato un aumento della percentuale di consumo e di numero di pazienti entrati in Etanercept e una diminuzione della percentuale in brand Enbrel.	22,5	😊	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								😊
							Vedi report farmacia allegato Il rapporto ddd molecole a brevetto scaduto/ddd molecole a brevetto non scaduto al 30/6 ed al 31/12 del 2018 dovrebbe essere maggiore o uguale a quello del 2017 Dai dati estratti da EDF il rapporto ddd molecole a brevetto scaduto so ddd molecole a brevetto non scaduto è sempre inferiore a quanto richiesto					😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	10	Relazione Direttore SC Immunodermatologia e medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nel mancato rispetto dell'Area Professionale e difficoltà nella relazione con i Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc	0		7,5	😐
	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	POU/Prof San	0	25	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementare una check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione delle citate check list da parte delle strutture sono stati calendarizzati i controlli	0		25	😊
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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: Norma ISO 9001 : a seguito dell'Audit di mantenimento, da parte del RINA, avvenuto il 02/03 - 07- 2018, come da certificato agli atti (certificato n. 10813/04/s), l'Ente ha confermato la corretta transizione per le strutture storicamente certificate alla nuova norma di riferimento; Norma ISO 14001 : a seguito dell'Audit di mantenimento, da parte del RINA, avvenuto il 26- 06 -2018, come da certificato agli atti (certificato n. EMS-6217/s), l'Ente ha confermato la corretta transizione per l'ospedale La Colletta di Arenzano, unica struttura fino ad oggi in possesso del Certificato ISO 14001, alla nuova norma di riferimento. Obiettivo raggiunto	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	5	5	per quanto riguarda il punto 1 dell'obiettivo (corretta compilazione e gestione degli emocomponenti), la s.c. reumatologia non è stata valutata in quanto, nel periodo di osservazione (aprile-dicembre 2018), non sono state effettuate terapie emotrasfusionali.	5	😊	5	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Reumatologia
Direttore Dottore Gerolamo Bianchi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
		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.		5	5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e non raggiunto per l'area della Dirigenza.	0		5	
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	Relazione Direttore S.C.: Fracture unit – obiettivo raggiunto. Nell'ambito del progetto Li.Co.S sono stati presi in carico nel 2018 459 pazienti	10		10	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									80		97,5	

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIAmm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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		23,75		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	POU/Prof San	0	15	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	POU/Prof San	0	20	Relazione Resp. Area Professionale FKT: I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione. Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente. Obiettivo raggiunto	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	POU	10	10	Relazione Direzione SC POU: 2017 n 68 nuovi accessi 2018 n 130 nuovi accessi aumento oltre il 10% Documentazione in cartella amb. Secondo LG a campione >90% Obiettivo Raggiunto	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	POU	10	10	La Direzione SC POU con note allegate agli atti ha attestato che dai controlli effettuati risulta che il 100% delle cartelle esaminate risultano correttamente compilate e corredate di scheda ARC Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊	
TA'			Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditalmento (DGR 1185 del 28/12/2017)	Luglio 2018 - Audit III parte per transazione	SC Pian,			Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementare una check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione delle citate check list da parte delle strutture sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditalmento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto		😊		😊	

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUAL	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE		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>	<i>Progr. Org. Sanitaria</i>	10	10	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: Norma ISO 9001 : a seguito dell'Audit di mantenimento, da parte del RINA, avvenuto il 02/03 - 07- 2018, come da certificato agli atti (certificato n. 10813/04/s), l'Ente ha confermato la corretta transizione per le strutture storicamente certificate alla nuova norma di riferimento; Norma ISO 14001 : a seguito dell'Audit di mantenimento, da parte del RINA, avvenuto il 26- 06 -2018, come da certificato agli atti (certificato n. EMS-6217/s), l'Ente ha confermato la corretta transizione per l'ospedale La Colletta di Arenzano, unica struttura fino ad oggi in possesso del Certificato ISO 14001, alla nuova norma di riferimento. Obiettivo raggiunto	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	10	10	per quanto riguarda il punto 1 dell'obiettivo (corretta compilazione e gestione degli emocomponenti), la s.c. recupero e rieducazione funzionale colletta non è stata valutata in quanto, nel periodo di osservazione (aprile-dicembre 2018), non sono state effettuate terapie emotrasfusionali.	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.				Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto.				
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	Relazione SC SIA: è stata esteso l'accesso alla cartella clinica informatizzata neurologica InfoClin Web al personale medico ospedaliero e territoriale della SC Riabilitazione e Recupero Funzionale per la consultazione in sola lettura, - è stata redatta e approvata specifica scheda dedicata alla riabilitazione del paziente con ictus che il fornitore del software sta provvedendo ad implementare su InfoClin Web, - è stata condivisa nel frattempo una modalità sicura di scambio di queste schede su file server aziendale tra il personale delle due SC coinvolte nel progetto, - è stata adeguata l'informativa e l'acquisizione del consenso al Dossier Sanitario Elettronico, - sono stati formati gli operatori della riabilitazione all'utilizzo della cartella web.	10	😊	10	😊
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		93,75		100	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale (Territoriale)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento subordinatamente all'introduzione delle nuove prestazioni a tariffario	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	3,75	☹️	0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia	5	😊	0	
PERFORMANCE	1	Tempi attesa	Rispetto delle classi di priorità B e D	Almeno per il 95% delle richieste	DS			Relazione SC Dirigenza: il rispetto delle priorità per le visite fisiatriche è legato alla disponibilità del momento. - Vedasi report allegato	18,75	☹️	0	😊
			Avvio del trattamento entro 3 settimane dalla visita	Rispetto dei tempi di attesa per almeno il 70% dei pazienti						20		Relazione Direttore SC e Resp. Area Professionale FKT: In base alle verifiche effettuate dai coordinatori i tempi medi (media dei vari ambulatori) di attesa per l'inserimento in trattamento riabilitativo della classe di priorità B (urgente) è di 12 gg mentre la priorità D (semiurgente) 25 gg pertanto la media complessiva è di 18 gg. Obiettivo raggiunto

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2018
S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale (Territoriale)
Direttore Dott.ssa Marina Simonini

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	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	POU/Prof San	0	20	Relazione Resp. Area Professionale FKT: I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione. Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente. Obiettivo raggiunto	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	POU	20	15	OBV Raggiunto: 2017 n 68 nuovi accessi 2018 n 130 nuovi accessi aumento oltre il 10% Documentazione in cartella amb. Secondo LG a campione >90%	20	☺	15	☺
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditemento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺
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	Nota UGR Id 64207657 del 9/1/2019: Obiettivo raggiunto con modalità e tempistiche richieste	10	☺	10	☺

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	15	15	Relazione SC SIA: è stata esteso l'accesso alla cartella clinica informatizzata neurologica InfoClin Web al personale medico ospedaliero e territoriale della SC Riabilitazione e Recupero Funzionale per la consultazione in sola lettura, - è stata redatta e approvata specifica scheda	15		15	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	5		5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		92,5		100	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Responsabile Dottore Enrico Torre

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊	
	2	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIAmm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5	😊	0		
	1	Attivazione ambulatorio congiunto cardiometabolico	Raccolta numero pazienti arruolati	Almeno 50 pazienti anno	SC	20	10	Relazione Direttore SC: attivato ambulatorio congiunto cardiometabolico con 58 pz arruolati nel 2018. Effettuazione di visita diabetologica e cardiologica per impostazione di terapia ag hoc cardio-metaboica Obiettivo raggiunto	20	😊	10	😊	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Responsabile Dottore Enrico Torre

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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)	SC	10	10	Relazione Direttore SC: Liste attesa pad.7 San Martino Avvenuto il rispetto classi di priorità B e D e mantenuta attesa per visite P inferiore ai 3 mesi (effettuate verifiche durante l'anno) Analisi aggiornata al 18/12/2018: 1) Priorità P (entro i 3 mesi): 28/12/2018 - > 10 gg 2) Priorità D (entro 30 giorni): 21/12/2018 - > 3 gg 3) Priorità B (entro 10 giorni): 21/12/2018 - 28/12/2018 - > 7 gg Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊
	3	Controllo qualità glucometri	Compilazione scheda specifica	Entro il 30/05 redazione modulistica registrazione Dal 01/06 registrazione dato con cadenza settimanale	POU/Prof San		20	Relazione Direttore SC: effettuato a cadenza settimanale su tutti i poli di ambulatorio diabetologico. Dati al 31/12 raccolti e disponibili presso il coordinatore Obiettivo raggiunto	0		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	POU	10	10	Relazione Direttore SC: Indicatori di processo: 1) numero di soggetti con almeno una determinazione della PA durante la visita: su 7710 cartelle analizzate, 7685 controlli pressori, concordanza del 99.67% (richiesto 95%) 2) numero di pazienti sottoposti a terapia educativa (lezione singola) Confronto con 2017 (gennaio-novembre) richiesto incremento del 20% : 7.616 (dato 2017) – 17.984 (dato 2018) + 136% 3) Controllo qualità glucometri: Indicatori di esito: Numero di pazienti con glicata <8% non insulino-trattati almeno entro il 10° percentile rispetto ai dati nazionali (Dati annuali AMD 2018: pazienti con glicata < 8%: 80,2%) dato nostra struttura pazienti con glicata < 8%: 85,6% al 21/12/18 (migliore del 6.73% rispetto al dato nazionale). Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊





SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche
Responsabile Dottore Enrico Torre

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
			Numero pazienti sottoposti a screening	Incremento del 25%				Numero di pazienti sottoposti a screening piede: 1.495 vs 2.960- incremento del 50.5%.				
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	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento.</p> <p>Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	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	La documentazione analizzata conferma che la S.S.D. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE ha raggiunto gli obiettivi attesi per l'anno 2018.	10	😊	10	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	5	😊	5	😊
	2	Progetto tiroide	Attivazione screening ecografico Numero pazienti arruolati	Almeno 100 pazienti anno	CCD	10	10	Attivata diagnostica ecografica con 258 pazienti valutati	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	Attivata diagnostica ecografica con 258 pazienti valutati	10	😊	10	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	









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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Vedi scheda Produzione	0	☹️	0	
	2	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata	Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apt/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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		22,5		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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019 Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta. Tuttavia il Direttore SC f.f. ha partecipato agli incontri previsti ed ha prodotto un documento L'obiettivo pertanto si intende raggiunto	15	😊	5	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri	0		18,75	
ITA	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	Il PDTA è stato completato nei tempi previsti e pubblicato sul sito aziendale Obiettivo raggiunto	10		10	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PD	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	Relazione DMO Gallino: Con riferimento all'obiettivo di budget assegnato alla SC Chirurgia Generale "Casistica ambulatoriale complessa, DS e ricovero ordinario di un giorno" si invia in allegato la nota attestante la costituzione del gruppo di lavoro per l'elaborazione del PDTA. Non è stata terminata l'elaborazione del PDTA entro la tempistica prevista e non è stata rispettata la data di pubblicazione sul sito. Obiettivo non raggiunto	0		0	
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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	
UGR	1	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.	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. Chirurgia Generale non ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018	0		0	
		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.	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e solo parzialmente raggiunto per l'area della Dirigenza.	1,875		2,5	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPD	5	😊	5	😊






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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaiera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	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	Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Blocco Operatorio: Scassi Blocco 3 Reperto: Chirurgia Generale utilizzo del registro informatizzato: 14/07/2017 Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate, il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018, data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato	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	Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall'applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto				
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						79,375		86,25	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda Produzione	5	😊	0	
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	CCD	10	0		10	😊	0	
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	4	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apt/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	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		15		0	😞

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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	SIA/ Farmacia/ DS/CIO	10	5	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019 Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta. Obiettivo non raggiunto	0		0	
	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	Incremento del 5% rispetto all'obiettivo regionale	CCD	5	0	Da analisi attività obiettivo non completamente raggiunto, ma in considerazione della variazione dell'indirizzo chirurgico fornito da AliSa da giugno 2018, l'obiettivo si intende pz raggiunto	3,75		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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	0		15	
PERFORMANCE	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	Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque	0		11,25	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	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	Relazione Resp. Area Professionale FKT: I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione. Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente. Obiettivo raggiunto	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	La Direzione Sanitaria con note allegate agli atti ha attestato che dai controlli effettuati risulta che il 100% delle cartelle esaminate risultano correttamente compilate e corredate di scheda ARC Obiettivo raggiunto	5	😊	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	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	2,5	2,5	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. Ortopedia e Traumatologia, ha parzialmente raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	1,875	☹️	1,875	☹️
		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.		2,5	2,5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e non raggiunto per l'area della Dirigenza.	0	☹️	2,5	😊
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	Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Blocco Operatorio: Scassi Blocco 4 Reparto: Ortopedia utilizzo del registro informatizzato: 02/11/2017 Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate, il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018, data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato	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				Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall'applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto				
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	5	😊	5	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		10	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						105	100		75,63		90,63	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione	0	☹️	0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/CCD	5	5	Gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%.	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIAMM non consentono di extrapolare il dato richiesto con il	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		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	SIA/ Farmacia/D S/CIO	15	5	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019 Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta. Tuttavia il Responsabile SSD ha partecipato agli incontri previsti ed ha prodotto un documento L'obiettivo pertanto si intende raggiunto	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Immunematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OFL II.	0		15	☹	
PDTA	1	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	Relazione DMO Gallino: Con riferimento all'obiettivo di budget assegnato alla SSD Week Surgery Multidisciplinare "Casistica ambulatoriale complessa, DS e ricovero ordinario di un giorno" si invia in allegato la nota attestante la costituzione del gruppo di lavoro per l'elaborazione del PDTA. Non è stata terminata l'elaborazione del PDTA entro la tempistica prevista e non è stata rispettata la data di pubblicazione sul sito. Obiettivo non raggiunto	0	☹	0	☹	
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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺	
UGR	1	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	per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la s.s.d.day week surgery, ha parzialmente raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	3,75	☹	3,75	☹	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
		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.		5	5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto.	5	😊	5	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	3,75	😊	3,75	😊
	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	E' stato eliminato il registro cartaceo presso Villa Scassi dall'1/1/19, presso il BO dell'ospedale Micone di Sestri P. il gruppo degli Ortopedici (dott. Priano) refertano in via informatica, invece l' otorinolaringoiatria e l'oculistica sono ancora in via di attuazione, recentemente è arrivato un nuovo supporto informatico che sicuramente agevolerà e accelererà il processo, il BO dell'ospedale Gallino di Pontedecimo utilizza il supporto informatico l'UO di chirurgia DS e la chirurgia plastica ambulatoriale mentre l'ortopedia è in via di attuazione Obiettivo raggiunto	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				Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Villa Scassi: Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate , il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018 , data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato Il blocco DEA - URGENZE è partito successivamente in quanto necessitava di una procedura personalizzata. Micone: La partenza è stata ritardata per cause tecnico-infrastrutturali non dipendenti dai Reparti L'oculistica non è ancora partita perchè stante la natura (ambulatoriale) e la modalità di esecuzione degli interventi				
		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				Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall'applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto				
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		87,5		87,5	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	5	Vedi scheda Produzione	0	☹️	0	
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	CCD	10	0	Da report x MDC Incremento attività chirurgica anche se la produzione totale è diminuita	10	😊	0	
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	4	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei	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		21,875		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	SIA/ Farmacia/D S/CIO	10	5	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019 Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta. Tuttavia il Direttore SC ha partecipato agli incontri previsti ed ha prodotto un documento L'obiettivo pertanto si intende raggiunto	10	😊	5	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una	0		18,75	😐
PDPA	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	Relazione Direttore SC: Nel corso dell'anno 2017 è iniziato nel mese di Marzo il progetto della rete-urooncologica metropolitana. Nel corso dello stesso anno sono stati trattati 23 tumori del rene di cui 9 con tecnica laparoscopica (39%) di cui 7 con la presenza del tutor. Sono stati trattati 27 casi di tumore alla prostata di cui 7 in laparoscopia (26%) tutti con presenza di tutor. Nel corso dell'anno 2018 sono stati trattati 44 casi di tumore renale di cui 13 sono stati eseguiti in laparoscopia (30%) e di questi 2 con la presenza attiva del Tutor. Sono stati trattati 25 casi di tumore prostatico di cui 4 in laparoscopia (16%) e 2 di questi con la presenza del tutor. E' stato trattato poi un unico caso di tumore al surrene eseguito in laparoscopia Obiettivo raggiunto	5	😊	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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	2,5	2,5	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. Urologia, ha parzialmente raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	1,875	☹️	1,875	☹️
		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.		2,5	2,5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e non raggiunto per l'area della Dirigenza.	0	☹️	2,5	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019	0	😊	5	😊




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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	3	<p>Progetto Informatizzazione sale: Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file</p>	<p>Registro operatorio in formato elettronico completamente fruibile per elaborazioni in autonomia da parte del CCD</p>	<p>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</p>	DS/ CCD/ SIA	10	10	<p>Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Blocco Operatorio: Scassi Blocco 6 Reperto: Urologia utilizzo del registro informatizzato: 07/12/2017 Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate, il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018, data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato</p>	10	☺	10	☺
		<p>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.</p>	<p>Disponibilità di estrazione della base dati gestita</p>	<p>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</p>				<p>Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall' applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto</p>				
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		83,75		88,125	








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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	Vedi scheda Produzione	0	☹️	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5	😊	0	
	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		20		0	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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).	<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'antibiotico profilassi per tutte le specialità chirurgiche 	SIA/ Farmacia/D S/CIO	15	5	<p>Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019</p> <p>Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare</p> <p>La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta.</p> <p>Tuttavia il Direttore SC ha partecipato agli incontri previsti ed ha prodotto un documento</p> <p>L'obiettivo pertanto si intende raggiunto</p>	15		5	 

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Immunematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di prescrizione	0		18,75	
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	PDTA redatto e pubblicato sul sito Intranet con il rispetto della tempistica prevista. Il materiale relativo alle riunioni è agli atti della SC POU competente. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10		10	




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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei moduli relativi all'avvenuta trasfusione al C.T. (scostamento 0 o < a 5%)	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	UGR	2,5	2,5	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la s.c. chirurgia vascolare non ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018	0	☹️	0	☹️
		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.		2,5	2,5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e non raggiunto per l'area della Dirigenza.		☹️	2,5	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	3,75	☹️	3,75	☹️
	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0	😊	5	😊


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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Blocco Operatorio: Scassi Blocco 3 Reparto: Chirurgia Vascolare utilizzo del registro informatizzato: 14/07/2017 Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate, il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018, data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato	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				Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall' applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto				
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		78,75		90	



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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	Vedi scheda allegata	0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SIA/Ccd</i>	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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>	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reperistiche	5	
	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	


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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note
PERFORMANCE	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).	<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 	SIA/ Farmacia	<p>Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019</p> <p>Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare</p> <p>La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta.</p> <p>Tuttavia il Responsabile SSD ha partecipato agli incontri previsti ed ha prodotto un documento</p> <p>L'obiettivo pertanto si intende raggiunto</p>	15	



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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note
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	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento.</p> <p>Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	10	
SR	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.	UIGR	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti la S.C. Chirurgia Toracica non ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018	0	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note
U	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.		Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) <i>l'obiettivo risulta non raggiunto per l'area della Dirigenza</i>		

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	vedi relazione RPD	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	Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Blocco Operatorio: Scassi Blocco DEA Reparto: Chirurgia Toracica utilizzo del registro informatizzato: 18/12/2017 Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate , il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018 , data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato	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		Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall' applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto		
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							75	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	Vedi Scheda produzione allegata	5	😊	0	
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	<i>CCD</i>	10	0		7,5	😊	0	
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	<i>SlA/Ccd</i>	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIAmm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apt/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
	1	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).	<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'antibiotico profilassi 	SIA/ Farmacia	15	5	<p>Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019</p> <p>Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare</p> <p>La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta. Si è ritenuto di assegnare un parziale raggiungimento dell'obiettivo per l'attiva partecipazione agli incontri.</p>	11,25	☹	3,75	☹	☹







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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Tutti i blocchi operatori dell' Ospedale Villa Scassi utilizzano i sistemi informatizzati per la compilazione della lista operatoria, per il verbale operatorio, e per l'accettazione e la dimissione del paziente operato dallo stesso. Eliminazione del registro operatorio cartaceo e parzialmente della cartella operatoria. L'evidenza è consultabile attraverso il sistema di SIVIS – SALE OPERATORIE Obiettivo raggiunto	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				A seguito di monitoraggio mensile, è stato rilevato un efficientamento temporale dell'utilizzo dei letti di sala operatoria, attraverso una raccolta dati relativi all'ingresso del paziente in sala, all'ora di inizio intervento, fine intervento, dimissione dalla sala operatoria; questi dati sono riportati in un file diversificato per blocco operatorio consultabile in rete. A seguito di ciò si dichiara che l'attività chirurgica nei blocchi operatori ha inizio entro le ore 7,30 per almeno il 90% delle giornate. Obiettivo raggiunto				
		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				In relazione a questo obiettivo è stata prodotta un' istruzione operativa pubblicata su INTRANET –PROCEDURE – ATTIVITA' CHIRURGICHE –SALA OPERATORIA che si chiama" Piano d'inserimento dell'infermiere neo-assegnato ai blocchi operatori" nella quale è presente un modulo che riporta l'acquisizione delle competenze. A seguito di monitoraggio costante si dichiara che alla data 31/12/2018 risulta che oltre il 70% degli operatori coinvolti ha acquisito le competenze richieste dall'obiettivo (evidenza agli atti in ogni singolo blocco operatorio del POU). Obiettivo raggiunto				

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	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	<i>POU/ SC Trasf</i>	0	10	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		7,5	☹️
<i>PDTA</i>	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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<i>POU</i>	10	10	<p>Il PDTA è stato completato nei tempi previsti e pubblicato sul sito aziendale</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	10	😊	10	😊
			<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,</i>			<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	10		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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITÀ	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE		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>	Progr. Org. Sanitaria	10	10	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: l'Azienda ha ritenuto necessario, sia per meglio strutturare il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale sia per ottemperare alla transizione alla nuova norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, acquisire il supporto di un servizio tecnico esterno a valenza biennale. Il servizio di fatto è stato assegnato con determinazione dirigenziale numero 192 solo in data 30 Gennaio 2018. Ciò ha determinato lo slittamento sul biennio 2018 - 2019 di quanto inizialmente previsto per il 2017 con la previsione entro il novembre 2019 di portare a certificazione almeno 7 delle strutture tra cui la SC in esame. Obiettivo raggiunto	0		0	
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	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE, ha parzialmente raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	3,75		3,75	
		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.		5	5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto.	5		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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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				E' stato eliminato il registro cartaceo presso Villa Scassi dall'1/1/19, presso il BO dell'ospedale Micone di Sestri P. il gruppo degli Ortopedici (dott. Priano) referitano in via informatica, invece l' otorinolaringoiatria e l'oculistica sono ancora in via di attuazione, recentemente è arrivato un nuovo supporto informatico che sicuramente agevolerà e accelererà il processo, il BO dell'ospedale Gallino di Pontedecimo utilizza il supporto informatico l'UO di chirurgia DS e la chirurgia plastica ambulatoriale mentre l'ortopedia è in via di attuazione Obiettivo raggiunto				
		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	Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Villa Scassi: Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate, il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018, data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato Il blocco DEA - URGENZE è partito successivamente in quanto necessitava di una procedura personalizzata. Micone: La partenza è stata ritardata per cause tecnico-infrastrutturali non dipendenti dai Reparti L'oculistica non è ancora partita perchè stante la natura (ambulatoriale) e la modalità di esecuzione degli interventi necessita di uno sviluppo personalizzato. Obiettivo raggiunto	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				Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall' applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto						

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	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	<p>Relazione Direttore SC: la raccolta è avvenuta correttamente nel 2018, le cartelle correttamente chiuse con tutti i dati che il programma richiede in modo che i dati possano venire elaborati dall'Istituto M. Negri che gestisce il programma e inviati nei tempi e modi previsti, come ogni anno. La veridicità della raccolta è documentata dalla possibile consultazione del programma presso il reparto</p>	15	😊	10	😊
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	<p>Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto</p>	0	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		92,5		95	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di	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		28,75		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).	<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'antibiotico profilassi per tutte le specialità chirurgiche 	SIA/ Farmacia	15	5	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019 Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta. Tuttavia il Direttore SC ha partecipato agli incontri previsti ed ha prodotto un documento L'obiettivo pertanto si intende raggiunto	15	😊	5	😊	😊
	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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	0		20	😊	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	25	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM.</p> <p>Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		18,75	☹️
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: Chirurgia Plastica da certificare	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>	<p>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	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento.</p> <p>Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p> <p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: l'Azienda ha ritenuto necessario, sia per meglio strutturare il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale sia per ottemperare alla transizione alla nuova norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, acquisire il supporto di un servizio tecnico esterno a valenza biennale. Il servizio di fatto è stato assegnato con determinazione dirigenziale numero 192 solo in data 30 Gennaio 2018. Ciò ha determinato lo slittamento sul biennio 2018 -2019 di quanto inizialmente previsto per il 2017 con la previsione entro il novembre 2019 di portare a certificazione almeno 7 delle strutture tra cui la SC in esame.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	15	☺️	15	☺️

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: Grandi Ustionati (già certificata) N.O. Lesioni Cutanee - Centro assistenza vulnologica e Lesioni difficili (già certificato come POU)	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p><i>Certificazione:</i> 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>				<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento.</p> <p>Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunemente reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>				
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	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. GRANDI USTIONATI E CHIRURGIA PLASTICA, ha parzialmente raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018	3,75	☹️	3,75	☹️
		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.		5	5	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e non raggiunto per l'area della Dirigenza.	0	☹️	5	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	veri relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Blocco Operatorio: Scassi Blocco DEA Reparto: Chirurgia Plastica utilizzo del registro informatizzato: 14/12/2017 Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate , il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018 , data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato Obiettivo raggiunto	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				Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall' applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto				
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		92,5		92,5	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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		11,25		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	DS	30	0	Email Dr. Beringheli Direttore della S.C. Medicina d'Urgenza in data 25/6/2018 contenente Documento di riorganizzazione assetto dell'emergenza-urgenza (agli atti) Tempi di attesa ridotti al Micone e non ridotti a Villa Scassi	22,5	😊	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	POU/ Prof San	0	25	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale: Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri	0		18,75	😊	😊
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 fragili	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	Relazione Direttore SC Medicina d'urgenza: Allegati indicatori per ogni percorso e nr pazienti ricoverati/transitati con relativi esiti e tempistiche Obiettivo pz raggiunto	11,25	😊	11,25	😊	







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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITÀ	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)	<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	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento.</p> <p>Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	10	☺	10	☺
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE: S.S. Pronto Soccorso Villa Scassi/OBI	<p>Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)</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>	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento.</p> <p>Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>								
			<p>Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: l'Azienda ha ritenuto necessario, sia per meglio strutturare il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale sia per ottemperare alla transizione alla nuova norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, acquisire il supporto di un servizio tecnico esterno a valenza biennale. Il servizio di fatto è stato assegnato con determinazione dirigenziale numero 192 solo in data 30 Gennaio 2018. Ciò ha determinato lo slittamento sul biennio 2018 -2019 di quanto inizialmente previsto per il 2017 con la previsione entro il novembre 2019 di portare a certificazione almeno 7 delle strutture tra cui la SC in esame.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>								
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	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. MEDICINA D'URGENZA, non ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	0	☹	0	☹
		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.				Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto .				
ETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	5	☺	5	☺

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROG	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0	☺	5	☺
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		75,00		85	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	vedi scheda produzione allegata	0		0	
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	Non tragguradato obiettivo incremento attività chirurgica	0		0	
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5	
	4	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata	Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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		12		0	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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	<p>Relazione Direttore SC:</p> <p>I corsi di accompagnamento alla nascita constano di 12 incontri di cui i primi 6 offerti dal territorio e i successivi 6 dall'ospedale in una logica di continuità e integrazione ospedale/territorio. Nel 2018 hanno partecipato ai corsi in ospedale 162 donne; il numero di utenti è in calo rispetto all'anno precedente, dato in linea con la riduzione della natalità. Parte delle utenti che inizia il percorso sul territorio non lo prosegue in ospedale in quanto gli incontri ospedalieri richiedono il pagamento del ticket. Peraltro a oggi non esiste in ospedale un locale dedicato.</p> <p>Le puerpere alla dimissione vengono informate tramite materiale cartaceo dedicato (disponibile anche sul sito ASL3 alla voce bambino/percorso nascita/miniguia) delle sedi ambulatoriali consultoriali a cui rivolgersi per: sostegno all'allattamento (accesso libero a accesso diretto), gruppi d'incontro dopo parto (5 incontri), massaggio del neonato (5 incontri), incontri formativi per la distruzione delle vie aeree (1 incontro). Viene inoltre fornito il programma vaccinale con appuntamenti già concordati nelle sedi scelte dalle pazienti.</p> <p>Nel 2018 sono stati prese in carico con intervento dell'assistente sociale 10 gravide. Dopo il parto 8 neonati sono stati affidati al Comune di Genova dal Tribunale dei Minori, 2 sono stati affidati all'assistente sociale consultoriale.</p> <p>E' stata approntata la matrice per la realizzazione della cartella informatizzata.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	10	😊	10	😊
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	<p>Relazione Direttore SC:</p> <p>avviati i percorsi per mettere in comune le risorse disponibili presso le due aziende; effettuati incontri con i medici consultoriali per definire un percorso di screening condiviso ed estesa la partecipazione al DMT oncologico ai dirigenti medici dell'OEI;</p> <p>incontrato personale dell'OEI e condivisi percorsi per la valutazione del benessere fetale e per il monitoraggio intraparto</p>	5	😊	0	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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	Relazione Professioni sanitarie L'esecuzione della parte pratica è stata preceduta da una esposizione degli obiettivi da raggiungere. E' stata consegnata a tutti i discenti una scheda con elencate in sequenza le attività per il Taglio cesareo in emergenza e i criteri osservazionali da adottare.. La simulazione è stata condotta rispettando i tempi previsti per il taglio cesareo in emergenza e non si sono verificati eventi avversi. Le criticità riscontrate sono state ampiamente condivise durante il debriefing e saranno oggetto di ulteriore revisione nelle prossime simulazione per l'anno in corso e già calendarizzata per il giorno 13 Dicembre pv Obiettivo raggiunto	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	In totale sono stati somministrati n 212 questionari ovvero al 100% delle donne ricoverate e sono stati restituiti compilati n 192 questionari ovvero l'86% circa. I questionari non compilati sono da imputare a incomprendione linguistica in donne immigrate da minoranze etniche.	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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	0		10	😊





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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	7	Monitoraggio gestione documentazione relativa alla trasfusione di sangue ed emocomponenti	Evidenza procedura	Applicazione procedura aziendale nel 95% dei casi analizzati a campione	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale:</p> <p>Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM. Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		7,5	☹️
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)	Sulla base degli inviti del 2018 è stata offerta dal 1/4/2018 al 31/3/2019 l'esecuzione di 34480 Pap test in 49 settimane (il servizio è stato sospeso la settimana di ferragosto, la settimana di natale e una settimana a aprile per festività) per una media di 704 Pap test a settimana Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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>	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019:</p> <p>implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	10	😊	10	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Adesione alle disposizioni contenute nella procedura aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Corretta compilazione della documentazione inerente la gestione degli emocomponenti (Cartella Clinica, richieste, controlli pre- trasfusionali. (scostamento = 0) Rispetto della compilazione e tempistica di restituzione dei	Entro il 31/12/2018 Rispetto degli indicatori.	Per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la S.C. GINECOLOGIA ED OSTETRICA , non ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	3,75		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 (S.T.U.)	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.	Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto per l'area del Comparto e non raggiunto per l'area della Dirigenza.				
		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	La Simulazione del parto cesareo in emergenza si è svolta in data 13/12/2018. La rendicontazione dell'evento è tenuta agli atti dalla S.C. GINECOLOGIA ED OSTETRICA e dalla S.C. Formazione ed Aggiornamento. Il risultato atteso è stato raggiunto				
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPD	5		5	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Blocco Operatorio: Scassi Blocco 5 Reparto: Osterticia e Ginecologia utilizzo del registro informatizzato: 12/12/2017 Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate , il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018 , data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato	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	Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall' applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto				
	3	Progetto logistica materiale sanitario	Condivisione e Presentazione progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione S.C. Farmacia e Direzione Sanitaria	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						70,625		97,5	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Neonatologia

Direttore Dott. Stefano Macciò

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referent e	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi allegato	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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		13,75		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	Relazione Direzione SC POU: allegato: monitoraggio 19 neonatologia Relazione Direttore SC: gli appuntamenti vaccinali sono stati prenotati a tutti i neonati (100%). Vedi relazione agli atti del Direttore SC Neonatologia Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direzione SC POU: allegato: monitoraggio 20 neonatologia prima visita allergologica Relazione Direttore SC: Relativamente all'obiettivo assegnato si è privilegiato di eseguire la prima visita allergologica entro un mese dalla richiesta .Nell'anno 2018 sono state erogate 811 prime visite allergologiche, delle quali 770 (95%) sono state eseguite entro il mese. Obiettivo raggiunto	15	😊	5	😊	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referent e	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Direzione SC POU: allegato : monitoraggio 21 neonatologia promozione allattamento al seno Relazione Direttore SC: in relazione all'obiettivo assegnato, si segnala, che nell'anno 2018, è stato valutato l'allattamento al seno esclusivo, in occasione del controllo ecografico anche. Sono state intervistate le mamme di 848 lattanti (ai 45/60 gg. di vita in occasione dello screening ecografico anche) ed è risultato che: ☑ 798 mamme hanno risposto all'intervista (94.1%) Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direzione SC POU: allegato: monitoraggio 22 neonatologia vaccinazioni in ambiente protetto nell'anno 2018, è stato elaborato un protocollo tra i centri vaccinali periferici e la S. C. Neonatologia con il dettaglio dei casi da inviare e le modalità. La Relazione Direttore SC: procedura "Consulenza allergologica e vaccinazioni in ambiente protetto" è stata completata in data 25/10/2018 ed è stata pubblicata sulla INTRANET aziendale. OBV Raggiunto	10	☺	5	☺
PDITA	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	Relazione Direzione SC POU: allegati: monitoraggio 23 neonatologia percorso monitoraggio dolore; monitoraggio UGR Relazione Direttore SC: Sono stati rispettati i tempi di attivazione monitoraggio del dolore. Applicazione valutazione al 100% di tutti i nati come da relazione agli atti del Direttore SC Neonatologia OBV Raggiunto	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	Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto	10	☺	10	☺

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Neonatologia

Direttore Dott. Stefano Macciò

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referent e	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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.				Visti i verbali relativi ai percorsi formativi dedicati agli Audit Clinici anno 2018, si ritiene che l'obiettivo assegnato sia stato raggiunto nei modi e nei tempi conformi a quanto richiesto				
		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	lo scostamento è pari allo 0%	10	😊	10	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Neonatologia

Direttore Dott. Stefano Macciò

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referent e	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		93,75		100	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Neurologia

Dottor Paolo Tanganelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	3,75	☹️	0	
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/CCD	5	5	Gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%.	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apht/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5	😊	0	
	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		20		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	POU/Prof San	0	10	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	0		10	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Neurologia





Dottor Paolo Tanganelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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		10	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale:</p> <p>Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM.</p> <p>Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		7,5	☹️ ☹️
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	<p>Relazione Resp. Area Professionale FKT:</p> <p>I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione.</p> <p>Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	0		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	<p>OBV Raggiunto:</p> <p>2017 n 68 nuovi accessi 2018 n 130 nuovi accessi aumento oltre il 10%</p> <p>Documentazione in cartella amb. Secondo LG a campione >90%</p>	15	☺️	15	☺️

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Neurologia






Dottor Paolo Tanganelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019:</p> <p>implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	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	<p>vista l'analisi documentale condotta nel ultimo trimestre dell'anno 2018 nella s.c. neurologia, si conferma che il risultato atteso in merito alla corretta adesione alle disposizioni contenute nella procedura riguardante la prescrizione e somministrazione dei farmaci non è stato raggiunto dall'area "dirigenza". l'obiettivo assegnato è stato raggiunto dall'area "comparto".</p>	0		10	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Neurologia

Dottor Paolo Tanganelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione SC SIA: è stata esteso l'accesso alla cartella clinica informatizzata neurologica InfoClin Web al personale medico ospedaliero e territoriale della SC Riabilitazione e Recupero Funzionale per la consultazione in sola lettura, - è stata redatta e approvata specifica scheda dedicata alla riabilitazione del paziente con ictus che il fornitore del software sta provvedendo ad implementare su InfoClin Web, - è stata condivisa nel frattempo una modalità sicura di scambio di queste schede su file server aziendale tra il personale delle due SC coinvolte nel progetto, - è stata adeguata l'informativa e l'acquisizione del consenso al Dossier Sanitario Elettronico, - sono stati formati gli operatori della riabilitazione all'utilizzo della cartella web Obiettivo raggiunto	15		15	
	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		78,75		97,5	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Oculistica

Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	5	😊	0	
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	CCD	10	0		10	😊	0	
	3	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/CCD	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	4	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Apt/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	5	😊	0	😊
	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)	DS	10	0	Vedi allegato "Tempi attesa"	7,5	😊	0	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Oculistica

Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
PERFORMANCE	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	10	5	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019 Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta. Tuttavia il Direttore SC ha inviato una relazione che attesta che ricordo che la antibioticoprofilassi per il tipo di chirurgia effettuato attualmente consiste	10	😊	5	😊	☹️
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	Relazione SC POU: OBV Raggiunto: allegato monitoraggio 33 SC Oculistica ALLERGOLOGIA	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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	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	Relazione Resp. Area Professionale FKT: I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione. Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente. Obiettivo raggiunto	0		20	😊	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Oculistica







Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>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></p>	<p><i>SC Pian, Progr, Org, Sanitaria</i></p>	15	15	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	15	☺	15	☺
			<p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>					<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: l'Azienda ha ritenuto necessario, sia per meglio strutturare il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale sia per ottemperare alla transizione alla nuova norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, acquisire il supporto di un servizio tecnico esterno a valenza biennale. Il servizio di fatto è stato assegnato con determinazione dirigenziale numero 192 solo in data 30 Gennaio 2018. Ciò ha determinato lo slittamento sul biennio 2018 -2019 di quanto inizialmente previsto per il 2017 con la previsione entro il novembre 2019 di portare a certificazione almeno 7 delle strutture tra cui la SC in esame. Obiettivo raggiunto</p>				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Oculistica

Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	5	5	Valutati i verbali degli incontri forniti all' U.G.R, relativamente al percorso in oggetto, si conferma che la S.C. OCULISTICA ha completato le attività di Audit Clinico previste per l'anno 2018. La rendicontazione riguardante l'accreditamento formale del percorso formativo è stata effettuata dalla S.C. Formazione e Aggiornamento dopo la raccolta e il controllo della documentazione relativa alla certificazione delle presenze (fogli firma docenti e discenti). Il risultato atteso è stato quindi raggiunto.	5		5	
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	Relazione Direttore SC: Dal 2015 è attivo il Centro di malattie della macula presso il Villa Scassi. L'obbiettivo è quello di riuscire a prendere in carico il paziente inviato da specialisti esterni alla struttura (sumai , privati) entro tre giorni dall' arrivo della richiesta di visita al Centro Macula. Contemporaneamente si deve provvedere all'esecuzione di eventuali esami strumentali, necessari per la diagnosi e la eventuale terapia, entro 15 giorni dalla visita Nel 2018 837 pazienti hanno contattato direttamente il Centro di malattie della Macula; prenotazioni a Cup sono state 449. Obiettivo raggiunto	10		10	
	2	Progetto Informatizzazione sale: Estensione dell'applicazione in uso su tutti i blocchi operatori di Asi3	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	E' stato eliminato il registro cartaceo presso Villa Scassi dall'1/1/19, presso il BO dell'ospedale Micone di Sestri P. il gruppo degli Ortopedici (dott. Priano) refertano in via informatica, invece l' otorinolaringoiatria e l'oculistica sono ancora in via di attuazione, recentemente è arrivato un nuovo supporto informatico che sicuramente agevolerà e	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	Villa Scassi: Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate , il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018 , data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato Il blocco DEA - URGENZE è partito successivamente in quanto necessitava di una								

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Oculistica

Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
		<p>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.</p>	Disponibilità di estrazione della base dati gestita	<p>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</p>				<p>Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall' applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto</p>				

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Oculistica

Direttore Dott. Fabio Giacomelli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	3	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		97,5		100	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
 Direttore Dott. Felice Scasso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	Vedi scheda produzione allegata	3,75	☹️	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC, iniziata da Marzo 2018, di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIAMM non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Aph/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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		18,75		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	Vedi tabella allegata "Tempi di attesa" Obiettivo raggiunto	10	😊	0	☹️	
	3	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera - nota Id nr 66551788 del 15/05/2019 Dopo incontro preliminare con referente CIO D.ssa De Mite è stato costituito il gruppo di lavoro (verbale agli atti) ed effettuato un primo incontro preliminare La procedura non è stata avviata per la pubblicazione in quanto non completa per tutte le aree individuate inizialmente per gli incontri con il gruppo di lavoro ai quali non erano presenti i referenti individuati, che neppure hanno prodotto indicazioni scritte in proposito; per tale motivo la procedura non è stata pubblicata in quanto ritenuta incompleta. Tuttavia il Direttore SC ha partecipato agli incontri previsti ed ha prodotto un documento L'obiettivo pertanto si intende raggiunto	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	Relazione Professioni Sanitarie: al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale Obiettivo raggiunto	0		20	😊	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
Direttore Dott. Felice Scasso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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	<p>Relazione Direttore SC Immunoematologia e Medicina Trasfusionale:</p> <p>Si evidenzia ancora scarsa sensibilità percepita sull'importanza della corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione che si traduce nell'evidenza di una ancora presente difficoltà nella corretta gestione di tale documentazione. Si percepisce comunque un lento miglioramento rispetto ai periodi precedentemente monitorati. Questo risultato si deve sicuramente alla avvenuta implementazione, in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM.</p> <p>Il corso è tuttora a disposizione degli operatori fino a completamento della formazione di tutto il personale</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto anche alla luce di riscontrati problemi di corretta consegna, attraverso posta interna, dei moduli da reparto e CT all'interno degli stab ospedalieri</p>	0		15	☹️
	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	<p>Relazione Direzione SC POU:</p> <p>allegato monitoraggio 34 SC ORL ALLERGOLOGIA</p> <p>Obiettivo Raggiunto:</p>	10	😊	10	😊
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>	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019:</p> <p>implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	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.	<i>UGR</i>	5	5	per quanto riguarda la documentazione analizzata relativa alla corretta compilazione e gestione degli emocomponenti, la s.c. otorinolaringoiatra, ha raggiunto il risultato atteso per l'anno 2018.	5	😊	5	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
Direttore Dott. Felice Scasso

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
		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.				Per quanto riguarda la compilazione delle S.T.U. (Schede Uniche di Terapia) l'obiettivo risulta raggiunto.				
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019	0		5	😊
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				E' stato eliminato il registro cartaceo presso Villa Scassi dall'1/1/19, presso il BO dell'ospedale Micone di Sestri P. il gruppo degli Ortopedici (dott. Priano) refertano in via informatica, invece l' otorinolaringoiatria e l'oculistica sono ancora in via di attuazione, recentemente è arrivato un nuovo supporto informatico che sicuramente agevolerà e accelererà il processo, il BO dell'ospedale Gallino di Pontedecimo utilizza il supporto informatico l'UO di chirurgia DS e la chirurgia plastica ambulatoriale mentre l'ortopedia è in via di attuazione Obiettivo raggiunto				
		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	Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Villa Scassi: Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate, il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018, data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato Il blocco DEA - URGENZE è partito successivamente in quanto necessitava di una procedura personalizzata. Micone: La partenza è stata ritardata per cause tecnico-infrastrutturali non dipendenti dai Reparti L'oculistica non è ancora partita perchè stante la natura (ambulatoriale) e la modalità di esecuzione degli interventi necessita di uno sviluppo personalizzato. Obiettivo raggiunto	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				Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall'applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto				
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		97,5		95	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Laboratorio Analisi
Direttore f.f. Dott. Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	vedi scheda allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Come da Mail del 25/2 del Direttore ff agli atti la modalità INR capillare è stata attivata nei DSS 8 9 10 11 12 13. Obiettivo raggiunto.	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	Come da Mail del 25/2 del Direttore ff agli atti le ore di assenza del personale SUMAI sono state assicurate da personale dipendente in misura > 75%. Obiettivo raggiunto.	15	☺	0	☺
	3	Ulteriore 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	Come da Mail del 25/2 del Direttore ff agli atti relativamente al CQI (Controllo di qualità interno) è stato implementato un sistema informatizzato per l'utilizzo di un nuovo indicatore (SDI indice della deviazione standard) finalizzato al monitoraggio multicentrico della performance del CQI. Lo SDI utilizzato per misurare il bias (scostamento dal valore target) ha evidenziato un valore di SDI ≤ 1.25 per oltre il 95 % dei controlli	15	☺	20	☺

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Laboratorio Analisi
Direttore f.f. Dott. Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Come da Mail del 25/2 del Direttore ff agli atti sono stati aggiornati 4 percorsi diagnostici. Obiettivo raggiunto.	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	Come da Mail del 25/2 agli atti la percentuale di validazione tecnica del risultato raggiunta è stata del 59 %.	0		25	😊
QUALITÀ	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>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p><small>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small></p>	<p>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</p>	10	10	<p>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria le indicazioni specifiche in materia di accreditamento da parte di A.Li.Sa. Sono intervenute solo in data 28/12/2017 con DGR n.1185. Le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento non risultano ancora calendarizzate da parte di A.Li.Sa. La SC Pian, Progr, Org. Sanitaria ha ritenuto opportuno implementare un cecklist di autovalutazione in relazione ai requisiti previsti dal nuovo manuale dell'accreditamento. Sulla base della compliazione delle checklist da parte delle strutture sono stati calendarizzati incontri specifici. Obiettivo raggiunto</p>	10	😊	10	😊	
			<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>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria Asl 3 per ottemperare la transizione alla nuova Norma ISO 9001:2015 ha ritenuto necessario acquisire il supporto di un serizio esterno a valenza biennale l'obiettivo è da ritenersi non completamente valutabile in quanto posticipato".</p>					
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 priorotà del rischio	<i>Lab Analisi/UGR</i>	10	10	Come da Mail del 25/2 agli atti è stato realizzato un modello finalizzato alla costruzione dell'Indice di Priorità del Rischio compreso di Istruzione operativa e modelli di rilevazione allegati.	10	😊	10	😊







SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Laboratorio Analisi
Direttore f.f. Dott. Antonino Spitaleri

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Come da controlli PPC agli atti I flusso viene reso disponibile mensilmente e i file contengono i campi previsti. Obiettivo raggiunto.	10	😊	10	😊
	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da Mail del 25/2 agli atti la presentazione del progetto è stata rinviata sulla base della data di adesione alla gara regionale "materiale di trasporto" e alla richiesta di aggiornamento della fornitura presente in gara	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anatomia Patologica
Direttore f.f. Dottoressa Floriana Petrogalli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Mantenimento	Ccd	5	0	vedi scheda allegata	0	☹	0	☹
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	☺	5	☺
PERFORMANCE	1	Riduzione tempi di refertazione attività istituzionale	Rispetto tempistica refertazione in urgenza	Monitoraggio e rivalutazione al 30.06	POU	10	5	Come da comunicazione del Direttore della Struttura del 30.5.2019 agli atti i tempi di refertazione si sono notevolmente ridotti Obiettivo parzialmente raggiunto in quanto non sono stati comunicati i valori di riferimento	7,5	☺	3,75	☺
	2	Rispetto tempi di refertazione attività screening	Rispetto tempistica refertazione di cui alla tabella allegata	Monitoraggio e rivalutazione al 30.06	POU	15	5	Come da comunicazione del Direttore della Struttura del 30.5.2019 agli atti i tempi di refertazione si sono notevolmente ridotti	11,25	☺	3,75	☺
	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	POU	10	10	Come da comunicazione del Direttore della Struttura del 31.5.2019 90% esami entro 6 gg	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	65%	POU	10	5	Come da comunicazione del Direttore della Struttura del 30.5.2019 agli atti tutti i campioni sono stati allestiti con la metodica THIN PREP. Obiettivo raggiunto.	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 gastrico N° casi adenocarcinoma gastrico su cui si esegue HER-2	75%	POU	10	5	Come da comunicazione del Direttore della Struttura del 30.5.2019 agli atti l'obiettivo è stato pienamente raggiunto: sono stati esaminati nr 25 casi tutti con colorazione IIC x HER2	10	☺	5	☺
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	Come da Mail del 25/2 agli atti la percentuale di validazione tecnica del risultato raggiunta è stata del 59 %.	0	☺	25	☺

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anatomia Patologica
Direttore f.f. Dottoressa Floriana Petrogalli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredитamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p> <p><small>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small></p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10	<p>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria le indicazioni specifiche in materia di accreditamento da parte di A.Li.Sa. Sono intervenute solo in data 28/12/2017 con DGR n.1185. Le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento non risultano ancora calendarizzate da parte di A.Li.Sa. La SC Pian, Progr, Org. Sanitaria ha ritenuto opportuno implementare un cecklist di autovalutazione in relazione ai requisiti previsti dal nuovo manuale dell'accreditamento. Sulla base della compliazione delle checklist da parte delle strutture sono stati calendarizzati incontri specifici. Obiettivo raggiunto</p>	10		10	
			<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>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria Asl 3 per ottemperare la transizione alla nuova Norma ISO 9001:2015 ha ritenuto necessario acquisire il supporto di un serizio esterno a valenza biennale l'obiettivo è da ritenersi non completamente valutabile in quanto posticipato".</p>				0		0		
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 28/02/2017 comunicazione formale del tema prescelto</p> <p>Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit</p>	UGR	10	10	<p>Come da comunicazione UGR ID n.64476534 agli atti Visti i verbali al percorso formativo di Audit Clinico anno 2018, si ritiene che l'obiettivo sia stato raggiunto. I documenti agli atti presso la S.C Anatomia Patologica e S.S. Gestione Rischio Aziendale. Obiettivo raggiunto.</p>	10		10	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Anatomia Patologica
Direttore f.f. Dottoressa Floriana Petrogalli

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	3,75	😊	3,75	😊
	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	Come da controlli PPC agli atti il flusso viene reso disponibile mensilmente e i file contengono i campi previsti. Obiettivo raggiunto.	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	Come da Mail del 25/2 agli atti la presentazione del progetto è stata rinviata sulla base della data di adesione alla gara regionale "materiale di trasporto" e alla richiesta di aggiornamento della fornitura presente in gara	0	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		87,5		96,25	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore f.f. Dottore Alessandro Correggi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Come da comunicazione mail del 18/4/2019 agli atti l'applicazione della richiesta trasfusionale informatizzata ed il sistema emo-bedside è stata del 50 %. Obiettivo raggiunto	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	Nella comunicazione mail del 18/4/2019 agli atti è stato inviato il monitoraggio trimestrale effettuato.	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	Nella comunicazione mail del 18/4/2019 agli atti è stato inviato il monitoraggio trimestrale effettuato.	20	😊	15	😊	😊
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	Come da comunicazione mail del 18/4/2019 agli atti il progetto PBM è stato presentato in data 30/07/2018 e nella stessa data è stato protocollato con protocollo n°61203320. Successivamente come da comunicazione avvenuta in data 14/11/2018, il progetto è stato ufficialmente implementato a partire dal 19/11/2018.	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	Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria le indicazioni specifiche in materia di accreditamento da parte di A.Li.Sa. Sono intervenute solo in data 28/12/2017 con DGR n.1185. Le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento non risultano ancora calendarizzate da parte di A.Li.Sa. La SC Pian, Progr, Org. Sanitaria ha ritenuto opportuno implementare un cecklist di autovalutazione in relazione ai requisiti previsti dal nuovo manuale dell'accreditamento. Sulla base della compilazione delle checklist da parte delle strutture sono stati calendarizzati incontri specifici. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊	😊

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore f.f. Dottore Alessandro Correggi

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
			Accreditamento: Adeguamento alle GPG e monitoraggio del Sistema Documentale	Entro 31/12/2018 Audit di parte I per la verifica dell'avvenuto adeguamento				Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria Asl 3 per ottemperare la transizione alla nuova Norma ISO 9001:2015 ha ritenuto necessario acquisire il supporto di un servizio esterno a valenza biennale l'obiettivo è da ritenersi non completamente valutabile in quanto posticipato".	0		0	
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	Come da comunicazione mail del 18/4/2019 agli atti il tema prescelto è stato la corretta e completa compilazione del documento di avvenuta trasfusione. L'implementazione è avvenuta nei tempi previsti: in condivisione con la SS Gestione Rischio Clinico, di un corso misto (FAD + aula 3 ore) obbligatorio per tutto il personale medico ed infermieristico di ASL3 ed OEI. Il corso, è stato avviato nell'anno 2018, durante il quale si sono svolte 20 lezioni frontali in aula per un totale di 433 partecipanti dei quali 61 medici, 345 infermieri, 15 ostetriche, 7 TSLB e 5 altri esenti crediti ECM.	10	😊	15	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			SCAAGG	5	5	vedi relazione RPD	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/Farmaci a Osp/DS		5	Come da Mail del 25/2 agli atti la presentazione del progetto è stata rinviata sulla base della data di adesione alla gara regionale "materiale di trasporto" e alla richiesta di aggiornamento della fornitura presente in gara.	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

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

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALLEQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Mantenimento	CCD	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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			15	😊	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 (entro 12 mesi a seconda del quesito diagnostico e dei protocolli raccomandati per prevenzione e/o follow up)	Dir San	10	5	Vedi report tempi di attesa allegato	7,5	😊	3,75	😊
	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	Responsabile SSD Popolazione a Rischio - dato inviato in Regione che si allega • Screening mammografico: Inviti al primo livello di screening = 51.633 nel corso del 2018. esclusioni =5.407 popolazione rispondente = 31.292 adesione grezza pari al 60,61% adesione corretta pari al 67,7% Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊



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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Direttore Dip Immagini: Nell'anno 2018 sono stati installati n.° 3 mammografi digitali in sostituzione di mammografi CR nelle sedi di : Gallino-Fiumara -Recco; contestualmente sono stati attivati percorsi formativi dedicati per il personale : Medici radiologi Senologi , TSRM ,e Fisici Sanitari con l'acquisizioni di crediti formativi ECM , garantendo pertanto l'addestramento e formazione su tali tecnologie. Il personale coinvolto consta di :7 Medici Radiologi Senologi - 30 TSRM — 2 Fisici Sanitari (presso la S.C. formazione ed aggiornamento la documentazione che attesta l'application svolta) Obiettivi raggiunto	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	Relazione Direttore Dip: corso di venipuntura abolito perché concordemente ritenuto al momento non conveniente in termini di costo/beneficio per la formazione del personale TSRM del dipartimento Immagini. "Tale decisione è stata concordemente presa dalla sottoscritta, dal dott. Grego, dal dott. Di Vito e dal Coordinatore TSRM Caria"	0		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	Relazione Professioni Sanitarie: Obiettivo raggiunto: dati forniti da Elco (Polaris) su nostra richiesta Sul totale di 224.112 prestazioni effettuate dal TSRM , 213.474 presentano la conferma digitale del nome del TSRM su RIS ; il risultato è il 95,2 % (> 95) L'obiettivo si intende comunque raggiunto per l'esiguo scostamento della %	0		10	😊



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

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenz a	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	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	Referenti : Coordinatori TSRM del Dipartimento Immagini E' stato realizzato , in collaborazione con la SS Popolazione a Rischio , un questionario di soddisfazione con la possibilità di esprimere da parte dell'utente un parere: insufficiente, sufficiente, buono, ottimo sui seguenti item: 1.Cortesia , competenza del personale del centro organizzativo screening 2.Comfort e pulizia delle sale di attesa e delle diagnostiche radiologiche 3.Cortesia ed efficienza del TSRM 4.Cortesia ed professionalità dello specialista medico Sono stati consegnati n.° 500 questionari nelle sedi mammografiche A seguito di valutazione dei dati si evidenzia che buono e ottimo hanno raggiunto una % elevata (97%) ; "sufficiente" sono stati pochi (<3%) ed esclusivamente sul 2° item Obiettivo raggiunto	0		10	😊
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	PDTA redatto e pubblicato sul sito Intranet con il rispetto della tempistica prevista. Il materiale relativo alle riunioni è agli atti della SC POU competente. Obiettivo raggiunto	10	😊	10	😊

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

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenz a	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Luglio 2018 - Audit III parte per transazione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p>	<p><i>SC Pian, Progr. Org. Sanitaria</i></p>	10	10	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditamento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria. Obiettivo raggiunto</p>	10		10	
			<p><i>Certificazione:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>	<p>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p>				<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: l'Azienda ha ritenuto necessario, sia per meglio strutturare il Sistema di Gestione della Qualità Aziendale sia per ottemperare alla transizione alla nuova norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, acquisire il supporto di un servizio tecnico esterno a valenza biennale. Il servizio di fatto è stato assegnato con determinazione dirigenziale numero 192 solo in data 30 Gennaio 2018. Ciò ha determinato lo slittamento sul biennio 2018 -2019 di quanto inizialmente previsto per il 2017 con la previsione entro il novembre 2019 di portare a certificazione almeno 7 delle strutture tra cui la SC in esame. Obiettivo raggiunto</p>				

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

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenz a	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
UGR	1	Implementazione del percorso di Audit Clinico su temi proposti dalla Struttura e approvati dalla SS. Gestione Rischio Clinico.	1) Stesura delle proposte di miglioramento 2) Espressione degli indicatori di processo ed esito	Entro il 28/02/2018 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	10	10	<p>Valutati i verbali degli incontri forniti all' U.G.R, relativamente al percorso in oggetto, si conferma che la S.C. RADIOLOGIA VILLA SCASSI, la S.C. RADIOLOGIA MICONE COLLETTA GALLINO, la S.S.D. RADIOLOGIA TERRITORIO hanno completato le attività di Audit Clinico previste per l'anno 2018. La rendicontazione riguardante l'accreditamento formale del percorso formativo è stata effettuata dalla S.C. Formazione e Aggiornamento dopo la raccolta e il controllo della documentazione relativa alla certificazione delle presenze (fogli firma docenti e discenti). Il risultato atteso è stato quindi raggiunto.</p>	10		10	

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

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenz a	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	CCD: Il flusso viene reso disponibile mensilmente; i file contengono i campi previsti Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		92,5		98,75	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALLEQUILIBRIO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Mantenimento	<i>Ccd</i>	5	0	Vedi scheda produzione allegata	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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			22,5	😊	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 (entro 12 mesi a seconda del quesito diagnostico e dei protocolli raccomandati per prevenzione e/o follow up)	<i>Dir San</i>	10	5	Vedi report tempi di attesa allegato	7,5	😊	3,75	😊😊
	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	Responsabile SSD Popolazione a Rischio - dato inviato in Regione che si allega • Screening mammografico: Inviti al primo livello di screening = 51.633 nel corso del 2018. esclusioni =5.407 popolazione rispondente = 31.292 adesione grezza pari al 60,61% adesione corretta pari al 67,7% Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore Dip Immagini: Nell'anno 2018 sono stati installati n.° 3 mammografi digitali in sostituzione di mammografi CR nelle sedi di : Gallino-Fiumara -Recco; contestualmente sono stati attivati percorsi formativi dedicati per il personale : Medici radiologi Senologi , TSRM ,e Fisici Sanitari con l'acquisizioni di crediti formativi ECM , garantendo pertanto l'addestramento e formazione su tali tecnologie. Il personale coinvolto consta di :7 Medici Radiologi Senologi - 30 TSRM — 2 Fisici Sanitari (presso la S.C. formazione ed aggiornamento la documentazione che attesta l'applicazione svolta) Obiettivi raggiunti	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Relazione Direttore Dip: corso di venipuntura abolito perché concordemente ritenuto al momento non conveniente in termini di costo/beneficio per la formazione del personale TSRM del dipartimento Immagini. "Tale decisione è stata concordemente presa dalla sottoscritta, dal dott. Grego, dal dott. Di Vito e dal Coordinatore TSRM Caria"	0		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	Obiettivo raggiunto: dati forniti da Elco (Polaris) su nostra richiesta Sul totale di 224.112 prestazioni effettuate dal TSRM , 213.474 presentano la conferma digitale del nome del TSRM su RIS ; il risultato è il 95,2 % (> 95) L'obiettivo si intende comunque raggiunto per l'esiguo scostamento della %	0		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	Referenti : Coordinatori TSRM del Dipartimento Immagini E' stato realizzato , in collaborazione con la SS Popolazione a Rischio , un questionario di soddisfazione con la possibilità di esprimere da parte dell'utente un parere: insufficiente, sufficiente, buono, ottimo sui seguenti item: 1.Cortesia , competenza del personale del centro organizzativo screening 2.Comfort e pulizia delle sale di attesa e delle diagnostiche radiologiche 3.Cortesia ed efficienza del TSRM 4.Cortesia ed professionalità dello specialista medico Sono stati consegnati n.° 500 questionari nelle sedi mammografiche A seguito di valutazione dei dati si evidenzia che buono e ottimo hanno raggiunto una % elevata (97%) ; "sufficiente" sono stati pochi (<3%) ed esclusivamente sul 2° item Obiettivo raggiunto	0		10	😊

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITÀ	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	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019: implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditamento.</p> <p>Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accredimento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	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	<p>Valutati i verbali degli incontri forniti all' U.G.R, relativamente al percorso in oggetto, si conferma che la S.C. RADIOLOGIA VILLA SCASSI, la S.C. RADIOLOGIA MICONE COLLETTA GALLINO, la S.S.D. RADIOLOGIA TERRITORIO hanno completato le attività di Audit Clinico previste per l'anno 2018. La rendicontazione riguardante l'accREDITamento formale del percorso formativo è stata effettuata dalla S.C.Formazione e Aggiornamento dopo la raccolta e il controllo della documentazione relativa alla certificazione delle presenze (fogli firma docenti e discenti). Il risultato atteso è stato quindi raggiunto.</p>	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	<p>CCD: Il flusso viene reso disponibile mensilmente; i file contengono i campi previsti</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	5	😊	5	😊





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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	5	5	vedi relazione RPD	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	Come da mail della S.C. Farmacia Ospedaliera del 27.11.2018 agli atti, la Struttura non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019 L'obiettivo si intende raggiunto	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		90		98,75	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Mantenimento	Ccd	5	0	Vedi scheda produzione allegata	3,75	☹️	0		
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SlA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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			15	☹️	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 (entro 12 mesi a seconda del quesito diagnostico e dei protocolli raccomandati per prevenzione e/o follow up)	Dir San	10	5	Vedi report tempi di attesa allegato	7,5	☹️	3,75	☹️	😊
	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 e a rischio	10	10	Responsabile SSD Popolazione a Rischio - dato inviato in Regione che si allega • Screening mammografico: Inviti al primo livello di screening = 51.633 nel corso del 2018. esclusioni =5.407 popolazione rispondente = 31.292 adesione grezza pari al 60,61% adesione corretta pari al 67,7% Obiettivo raggiunto	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	Dir Dip Imm	10	10	Relazione Direttore Dip Immagini: Nell'anno 2018 sono stati installati n.° 3 mammografi digitali in sostituzione di mammografi CR nelle sedi di : Gallino- Fiumara -Recco; contestualmente sono stati attivati percorsi formativi dedicati per il personale : Medici radiologi Senologi , TSRM ,e Fisici Sanitari con l'acquisizioni di crediti formativi ECM , garantendo pertanto l'addestramento e formazione su tali tecnologie. Il personale coinvolto consta di :7 Medici Radiologi Senologi - 30 TSRM — 2 Fisici Sanitari (presso la S.C. formazione ed aggiornamento la documentazione che attesta l'applicazione svolta) Obiettivi raggiunto	10	😊	10	😊	☹️















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

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Obiettivo raggiunto presso la sede di Nervi: offerte 49 giornate di disponibilita' per esami in accesso diretto per tot 241 etg effettuate. Relazione Responsabile SSD: Per la sede di Via XII ottobre si e' mantenuto il progetto sino al trasferimento in Via Assarotti (12 giornate circa 100 esami effettuati) In via Assarotti non e' stato possibile mantenere il progetto per motivi relativi alla locazione dell'ambulatorio e per l'assenza completa di personale di supporto. Presso la Sede di Struppa, nonostante la disponibilita' offerta, il Personale medico e' stato spesso impegnato in turni di sostituzione presso altre Sedi della Struttura vista la grave carenza di organico globale, rendendo di fatto non attuabile il progetto. Obiettivo pz raggiunto	7,5		7,5	
	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	Relazione Professioni Sanitarie: Obiettivo raggiunto: dati forniti da Elco (Polaris) su nostra richiesta Sul totale di 224.112 prestazioni effettuate dal TSRM , 213.474 presentano la conferma digitale del nome del TSRM su RIS ; il risultato è il 95,2 % (> 95) L'obiettivo si intende comunque raggiunto per l'esiguo scostamento della %	0		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	Referenti : Coordinatori TSRM del Dipartimento Immagini E' stato realizzato , in collaborazione con la SS Popolazione a Rischio , un questionario di soddisfazione con la possibilità di esprimere da parte dell'utente un parere: insufficiente, sufficiente, buono, ottimo sui seguenti item: 1.Cortesia , competenza del personale del centro organizzativo screening 2.Comfort e pulizia delle sale di attesa e delle diagnostiche radiologiche 3.Cortesia ed efficienza del TSRM 4.Cortesia ed professionalità dello specialista medico Sono stati consegnati n.° 500 questionari nelle sedi mammografiche A seguito di valutazione dei dati si evidenzia che buono e ottimo hanno raggiunto una % elevata (97%) ; "sufficiente" sono stati pochi (<3%) ed esclusivamente sul 2° item Obiettivo raggiunto	0		15	

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

tem a	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)	<p>Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditemento 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 accreditemento</p>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10	<p>Relazione Direttore SC Governo Clinico - nota Id 66494286 del 13.10.2019:</p> <p>implementata check list di autovalutazione in relazione ai criteri previsti dal nuovo manuale di accreditemento. Sulla scorta della compilazione della citata check list da parte della struttura sono stati calendarizzati incontri specifici al fine di consentire una corretta stesura dei documenti da implementare alla luce del nuovo Manuale. Tutta la documentazione di riferimento è comunque reperibile c/o il settore Qualità e Accreditemento afferente alla struttura Governo Clinico e Programmazione sanitaria.</p> <p>Obiettivo raggiunto</p>	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	<p>Valutati i verbali degli incontri forniti all' U.G.R, relativamente al percorso in oggetto, si conferma che la S.C. RADIOLOGIA VILLA SCASSI, la S.C. RADIOLOGIA MICONE COLLETTA GALLINO, la S.S.D. RADIOLOGIA TERRITORIO hanno completato le attività di Audit Clinico previste per l'anno 2018.</p> <p>La rendicontazione riguardante l'accréditemento formale del percorso formativo è stata effettuata dalla S.C. Formazione e Aggiornamento dopo la raccolta e il controllo della documentazione relativa alla certificazione delle presenze (fogli firma docenti e discenti). Il risultato atteso è stato quindi raggiunto.</p>	10	😊	10	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10		10	😊	10	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		88,75		96,25	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	N. prestazioni	Da 1° maggio incremento attività con monitoraggio trimestrale	Ccd	5	0	obiettivo raggiunto come evidenziato dalla relazione del Responsabile della S.S.D. del 11.03.2019	0				
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	CCD	30	10	Dal Maggio 2016 fino all' Agosto 2018 l'attività scintigrafica ha subito un arresto per i lavori di risanamento conservativo ed adeguamento alle norme di radioprotezione ed antincendio. Pertanto l' unico riferimento è sulle attività ambulatoriali (DEXA e Visite) e la Chirurgia radioguidata, dove abbiamo sempre raggiunto gli obiettivi prefissati.	22,5		7,5		
	2	Progetto di riattivazione della Struttura a parità di risorse umane e tecnologiche	Evidenza progetto	Entro il 31/05/2018	Dir San	15	15	il personale tutto si è attivato per riprendere la consueta attività scintigrafica (calibrazione macchine pesanti, riattivazione rete informatica, ripristino dei flussi lavorativi con software specifici, dedicati alle previste normative di legge etc.)	11,25		11,25		
PERFORMANCE	3	Collaborazione con la SSD Fisica Sanitaria ai fini degli adempimenti previsti dalla Direttiva EURATOM			Dir San	15	5	obiettivo raggiunto come evidenziato dalla relazione del Responsabile della S.S.D. del 11.03.2019	15		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	il corso non è mai stato attivato per ragioni organizzative, il punteggio viene comunque distribuito	0		15		
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	E' stato confermato digitalmente il nome del TSRM per ogni prestazione effettuata, nel rispetto delle responsabilità ed ampliamento delle competenze. A fine indagine il TSRM ha dato l'eseguito per ogni esame effettuato.Numero degli eseguiti congruo con il numero degli esami effettuati.	0		15		

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Partecipazione del personale RAQ agli Audit organizzati dall'ufficio Gestione Qualità	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	UGR	10	10	Valutati i verbali degli incontri forniti all' U.G.R, relativamente al percorso in oggetto, si conferma che la S.S.D. MEDICINA NUCLEARE ha completato le attività di Audit Clinico previste per l'anno 2018. La rendicontazione riguardante l'accreditamento formale del percorso formativo è stata effettuata dalla S.C.Formazione e Aggiornamento dopo la raccolta e il controllo della documentazione relativa alla certificazione delle presenze (fogli firma docenti e discenti). Il risultato atteso è stato quindi raggiunto.	10	☺	10	☺
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10	☺	10	☺

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	In collaborazione con la Farmacia e la Direzione Sanitaria, sono state risolte le problematiche relative al ripristino dei flussi relativo agli ordini ed alla gestione dei radiofarmaci.	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		83,75		93,75	



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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
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	tutte le comunicazioni richieste sono state effettuate nei modi e nei tempi previsti, l'obiettivo è stato raggiunto integralmente	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	E' stata redatta apposita procedura, condivisa col S.P.P., che è entrata a far parte del SGQ della S.S.D. Fisica Sanitaria. Essa è consultabile su Intranet nell'area dedicata alle strutture certificate. E' stato predisposto e aggiornato l'archivio dei DPI anti-X disponibili in azienda.	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	E' stata redatta apposita procedura, condivisa con i Medici Competenti e Medici Autorizzati titolari della sorveglianza medica del personale esposto alle radiazioni ionizzanti, che, dopo essere passata al vaglio dell'Ufficio Qualità, è entrata a far parte del SGQ della S.S.D. Fisica Sanitaria. Essa è consultabile su Intranet nell'area dedicata alle strutture certificate.	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	Nel primo incontro, tenutosi il 24/05/2018, sono stati illustrati i principi alla base della valutazione degli LDR, le novità introdotte nel documento ISTISAN 33/2017 e le modalità di raccolta dati, chiedendo di inviare i dati necessari con adeguata modulistica entro il 14/09/2018. Nel secondo, tenutosi l'11/10/2018, sono stati presentati i risultati preliminari, focalizzando l'attenzione sugli aspetti da migliorare e per i quali era necessaria un'integrazione di raccolta dati. Nell'ultimo incontro, tenutosi il 22/11/2018, sono stati presentati i report finali come da indicatore richiesto.	15	😊	5	😊	😊
QUALITÀ	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 <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	Si è lavorato attivamente all'aggiornamento e all'implementazione della documentazione della struttura nelle modalità e nelle tempistiche indicate dal Settore Qualità e Accreditamento, partecipando anche agli incontri formativi organizzati in corso d'anno.	10	😊	10	😊	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	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	Il corso è stato approntato secondo le modalità e le tempistiche indicate nella scheda di budget recependo anche le indicazioni fornite dalla S.C. Formazione e Aggiornamento. Nel corso del 2018 si sono tenute due edizioni frontali conclusive del corso blended (5 e 11 Dicembre 2018) e sono in previsione ulteriori date per il 2019.	10	😊	10	😊	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100		



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	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	tutte le comunicazioni richieste sono state effettuate nei modi e nei tempi previsti, l'obiettivo è stato raggiunto integralmente	5	😊	5	😊
	2	Vedi obiettivi A.Li.Sa anno 2018	vedi scheda allegata	vedi scheda allegata	Obiettivo raggiunto in funzione delle attività di coordinamento effettuate dalla Direzione POU	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	Monitoraggio eseguito per il 100% degli obiettivi	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	Sono state condotte dalla SC Direzione POU di concerto SC Governo Clinico e SC CCD indagini e riunioni in ordine alla materia in oggetto con successive rendicontazioni trimestrali e semestrali	15	😊	10	😊
	3	Aggiornamento delibera CIO	Evidenza deliberazione	Entro 30/06	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera e SC Direzione POU: obiettivo parzialmente raggiunto in considerazione dell'attività di coordinamento del gruppo di lavoro	7,5	😐	7,5	😐



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	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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	vedi relazione conservata agli atti	5		0	
	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	obiettivo raggiunto come evidenziato dalla Rilevazione Applicazione Procedure obiettivo di Budget Rifiuti (DMO)			25	

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	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditemento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>Obiettivo correlato al conseguimento della certificazione ed al rinnovo dell'accREDITamento da parte delle strutture</p> <p>Luglio 2018 - Audit III parte per transizione</p> <p>Luglio 2018 - Audit I parte a completamento</p>	<p>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria le indicazioni specifiche in materia di accreditamento da parte di A.Li.Sa. Sono intervenute solo in data 28/12/2017 con DGR n.1185. Le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento non risultano ancora calendarizzate da parte di A.Li.Sa. La SC Pian, Progr, Org. Sanitaria ha ritenuto opportuno implementare un cecklist di autovalutazione in relazione ai requisiti previsti dal nuovo manuale dell'accREDITamento. Sulla base della compliazione delle checklist da parte delle strutture sono stati calendarizzati incontri specifici. Obiettivo raggiunto</p>	10		10	
			<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>(La documentazione per il mantenimento dell'accREDITamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</p> <p>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria Asl 3 per ottemperare la transizione alla nuova Norma ISO 9001:2015 ha ritenuto necessario acquisire il supporto di un serizio esterno a valenza biennale l'obiettivo è da ritenersi non completamente valutabile in quanto posticipato".</p>					

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	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI		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	E' stato eliminato il registro cartaceo presso Villa Scassi dall'1/1/19, presso il BO dell'ospedale Micone di Sestri P. il gruppo degli Ortopedici (dott. Priano) refertano in via informatica, invece l'otorinolaringoiatria e l'oculistica sono ancora in via di attuazione, recentemente è arrivato un nuovo supporto informatico che sicuramente ageverà e accelererà il processo, il BO dell'ospedale Gallino di Pontedecimo utilizza il supporto informatico l'UO di chirurgia DS e la chirurgia plastica ambulatoriale mentre l'ortopedia è in via di attuazione Obiettivo raggiunto				
	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	Relazione Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali Blocco Operatorio: Scassi Blocco DEA Reparto: Chirurgia Plastica utilizzo del registro informatizzato: 14/12/2017 Pur utilizzando la procedura informatizzata dalle date indicate , il registro cartaceo è stato mantenuto ugualmente fino al 31/12/2018 , data in cui su indicazione della DMO è stato completamente eliminato Obiettivo raggiunto	20		20	




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	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI		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	Disponibilità di estrazione del registro di sala operatoria validato su file Disponibili report relativi a statistiche standard di utilizzo sale: tempi per ciascuna fase, saturazione sale e blocchi, numero interventi per tipologia e per sala, ecc Si conferma la possibilità di estrazione reportistica dall' applicativo SOAP messo a disposizione Obiettivo raggiunto				
	2	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			<i>Come da rendicontazione degli Affari Generali agli atti tutte le attività previste sono state svolte nei modi e tempi previsti.</i>	5	😊	5	😊
	3	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>vedi relazione RPCT</i>	10	😊	10	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						97,5		97,5	






SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Professioni Sanitarie

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31.12.2018	Note	Punti comparto
VALORE DELLA PRODUZIONE	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	tutte le comunicazioni richieste sono state effettuate nei modi e nei tempi previsti, l'obiettivo è stato raggiunto integralmente	10	☺
	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	3 Riunioni presso la sede di Via Bertani per sviluppare la nuova scheda di valutazione, 2 Riunioni nella sede di Quarto per il percorso formativo per i coordinatori	15	☺
PERFORMANCE	2	Qualità percepita	Evidenza questionari	Almeno 2 questionari con autovalutazione	Relazione Professioni Sanitarie : E' stato realizzato , in collaborazione con la SS Popolazione a Rischio , un questionario di soddisfazione con la possibilità di esprimere da parte dell'utente un parere: insufficiente, sufficiente, buono, ottimo.Sono stati consegnati n.° 500 questionari nelle sedi mammografiche A seguito di valutazione dei dati si evidenzia che buono e ottimo hanno raggiunto una % elevata ; "sufficiente" sono stati pochi	15	☺



SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Professioni Sanitarie

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31.12.2018	Note	Punti comparto
	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	Nell'anno 2018 sono stati pubblicati: La Breast Unit ASL 3 o centro di senologia: una nuova opportunità di cura e assistenza Un corso ecm differente ... inglese applicato alla radiologia: stop, don't breathe!	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 Elaborazione di azioni di miglioramento	entro il 30/09 formazione del personale entro il 31/12 elaborazione dei piani di miglioramento	Relazione Professioni Sanitarie: Allegato documento contenente quanto richiesto dall'obiettivo Obiettivo raggiunto	5	
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	Nell'anno 2018 sono stati installati n.° 3 mammografi digitali presso: Gallino - Fiumara - Recco; contestualmente sono stati attivati percorsi formativi dedicati per il personale : Medici radiologi Senologi , TSRM ,e Fisici Sanitari con l'acquisizioni di crediti formativi ECM , garantendo pertanto l'addestramento e formazione su tali tecnologie. Il personale coinvolto consta di : - 30 TSRM. Sulla sede di Nervi è stata installata un'apparecchiatura MOC /DEXA è stato garantito l'addestramento al personale TSRM che opera in tale sede	5	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Professioni Sanitarie

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31.12.2018	Note	Punti comparto
	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%	Sul totale di 224.112 prestazioni effettuate dal TSRM , 213.474 presentano la conferma digitale del nome del TSRM su RIS ; il risultato è il 95,2 % (> 95).dati forniti da Elco (Polaris) .	5	
PERFORMANCE	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	I Coordinatori/P.O. hanno eseguito nell'arco dell'anno (3 rilevazioni, da maggio a dicembre) verifiche a campione (10 cartelle ogni verifica in diverse sedi delle strutture) attraverso il supporto di una checklist costruita ad hoc per le Prof.di Riabilitazione. Si è evidenziato che il 90% delle cartelle prese in esame era compilato correttamente	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	Obiettivo raggiunto: vengono allegati report in cui sono calcolate le medie tra l'ora di accettazione presso il C.P. ed il checkin in laboratorio.	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	Obiettivo raggiunto: viene allegato un report in cui sono estratti i dati relativi alla percentuale di richieste interne (ricoverati) ed esterne che non sono state firmate nei tempi previsti per la consegna al reparto o al paziente esterno	5	
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	Obiettivo raggiunto: N. Verbali di accesso compilati rispetto ai sopralluoghi svolti dai TdP > 95 % del totale attività svolte N. 3 Report di Sorveglianze su 3 sorveglianze= 100% del totale attività svolte	5	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Professioni Sanitarie

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31.12.2018	Note	Punti comparto
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>	Obiettivo correlato al conseguimento della certificazione ed al rinnovo dell'accREDITamento da parte delle strutture	<p>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria le indicazioni specifiche in materia di accreditamento da parte di A.Li.Sa. Sono intervenute solo in data 28/12/2017 con DGR n.1185. Le verifiche per il rinnovo dell'accREDITamento non risultano ancora calendarizzate da parte di A.Li.Sa. La SC Pian, Progr, Org. Sanitaria ha ritenuto opportuno implementare un cecklist di autovalutazione in relazione ai requisiti previsti dal nuovo manuale dell'accREDITamento. Sulla base della compliazione delle checklist da parte delle strutture sono stati calendarizzati incontri specifici. Obiettivo raggiunto</p>	10	
			<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>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria Asl 3 per ottemperare la transizione alla nuova Norma ISO 9001:2015 ha ritenuto necessario acquisire il supporto di un serizio esterno a valenza biennnale l'obiettivo è da ritenersi non completamente valutabile in quanto posticipato".</p>		
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi relazione RPD	5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	

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	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
Performance	1	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	L'obiettivo risulta raggiunto come evidenziato dalla relazione "conseguimento obiettivi schede budget 2018" Id. n.66494286 del 13.05.2019	15	😊	15	😊
	2	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 qualità aziendale finalizzata alla certificazione delle strutture citate	L'Azienda, in data 30.01.2018, ha acquisito il supporto di un servizio tecnico esterno a valenza biennale per meglio strutturare il Sistema di Gestione della qualità Aziendale; l'obiettivo è stato posticipato.	20	😊	20	😊
	3	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	L'obiettivo risulta raggiunto per gli aspetti di competenza, come evidenziato dalla relazione del Direttore della S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria "conseguimento obiettivi schede budget 2018" Id. n.66494286 del 13.05.2019	15	😊	20	😊
	4	Controllo cartelle cliniche P.O.U. Controllo cartelle cliniche Privato Accreditato	% cartelle soggette a controllo	garantire il controllo di almeno il 12,5% delle cartelle del P.O.U. ed il 100% delle strutture private accreditate	I controlli hanno riguardato 3.721 cartelle, pari al 15,2%. E' stato effettuato il controllo su tutti i ricoveri effettuati dalle strutture private accreditate pari a 1.545	20	😊	25	😊
	5	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	le sedute di budget con i Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali si sono svolte entro i tempi previsti	10	😊	0	😊





SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018

S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria


Direttore Dottore Guido Di Vito

te ma	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenz a	note	Punti compart o	note
Progetti	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPCT	10	😊	10	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100		100	









SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Staff Direzione Sanitaria
Dottorssa Flavia Emanuelli - Dottorssa Daniela Pezzano - Dottorssa Viviana Mauro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Note	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	100 % delle segnalazioni pervenute.	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	Tutta l'attività riguardante il processo di budget per l'anno 2018, dalla predisposizione degli obiettivi alla discussione dello stesso, e la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi dell'anno 2017 da parte delle SS.CC/SS.DD Sanitarie sono terminate entro il 30 Aprile 2018 .	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 -	Almeno 2 progetti in corso come risulta dalla relazione budget 2018 ricevuta via mail il 14/05/2019	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	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	raggiunta copertura pari al 90.03%	20	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Staff Direzione Sanitaria
Dottorssa Flavia Emanuelli - Dottorssa Daniela Pezzano - Dottorssa Viviana Mauro

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Note	Punti dirigenza
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	obiettivo raggiunto	10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	









SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
SSD Gestione rifiuti sanitari
Dottoressa Marina Franca Pasquarelli Vignati

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparato	Note
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	La nuova procedura non è ancora stata pubblicata per l'abolizione del sistema SISTRI e per il continuo rinvio della nuova gestione della R.D. a tutt'oggi in fase di definizione. L'obiettivo è stato raggiunto in considerazione del fatto che è mutata la normativa di riferimento.	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	Sono stati effettuati vari sopralluoghi e la consegna dei contenitori di AMIU, ma la Direzione strategica di A.S.L. 3 non ha ancora pianificato il nuovo affidamento della R.D.	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)	Sono stati organizzati vari aggiornamenti per il personale.	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	E' stato redatto l'elenco completo dei D.T. e ne è stata data comunicazione al S.P.P.	20		20	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
SSD Gestione rifiuti sanitari
Dottoressa Marina Franca Pasquarelli Vignati

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparato	Note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>vedi relazione RPD</i>	7,5	☹️	7,5	☹️
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>vedi relazione RPCT</i>	2,5	☹️	4,5	☹️
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						90		92	

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

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Consumo 2017	Risultati attesi anno 2018	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Note	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.	Come da comunicazione trasmessa alla S.C. PPC conservata agli atti le attività sono state effettuate nei modi e tempi previsti.		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.	Come da comunicazione trasmessa alla S.C. PPC conservata agli atti le attività sono state effettuate nei modi e tempi previsti.		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.	Come da comunicazione trasmessa alla S.C. PPC conservata agli atti le attività sono state effettuate nei modi e tempi previsti.		30	
4	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	Come da comunicazione trasmessa alla S.C. PPC conservata agli atti le attività sono state effettuate nei modi e tempi previsti.		5	
5	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	Come da comunicazione trasmessa alla PPC agli atti le attività sono state effettuate nei modi e tempi previsti.		5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	Ccd	5	0	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti il n. dei pz. In trattamento nel 2018 è stato di 2273 pz vs 2259 del 2017. Le prestazioni sono passate dalle 27.647 del 2017 a 25.156 del 2018. Obiettivi raggiunti.	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti la normativa A.Li.Sa. È stata applicata da Aprile 2018. Lo slittamento dalla Diretta a DPC è stato quantificato in complessivi 2.260 consegne, pari al 21 % totale. Obiettivo Raggiunto.	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	Obiettivo raggiunto	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	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti è stato effettuato il monitoraggio del 100% dei pz: 11 pz in strutture residenziali e n.2 pz in REMS. Obiettivo raggiunto.	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	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti entro il 30 giugno è stato attivato il gruppo tecnico e sono state elaborate le linee di indirizzo. Entro il 31.12 sono state approvate le linee di indirizzo nel Direttivo del Dipartimento e condivisione in tutte le sedi del servizio. Obiettivo raggiunto.	15	😊	15	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	4	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	DS		15	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti le AS hanno partecipato nei termini alla stesura del modello rappresentando al coordinatore del servizio Sociale Aziendale le attività svolte nella struttura di appartenenza. Obiettivo raggiunto.	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti la Direzione della SC ha partecipato alla condivisione degli obiettivi e alla raccolta del materiale documentale alla luce del nuovo manuale di accreditamento (22 marzo, 11 aprile, 15 giugno). Il materiale predisposto è stato inviato alla SC Prog. Rir. nei tempi previsti.	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti il piano formativo è stato definito e pubblicato sul sito della formazione entro il termine. Si sono tenute 3 edizioni del corso con 35 posti disponibili. L'occupazione dei posti è stata del 97 %. Obiettivi raggiunti.	10	😊	10	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5	vedi relazione RPCT	5	😊	5	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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"	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	Come da Mail del 19/3/2019 del Direttore di Dipartimento agli atti: il 7 maggio ha avuto luogo a Genova Quarto l'evento formativo " La Città che cura", il 12 novembre si è tenuta la prima riunione della Consulta Salute Mentale. Obiettivi Raggiunti	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	Come da mail della S.C. Farmacia Opsedaiera del 27.11.2018 agli atti, la Salute Mentale non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019.	0	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	5	0	vedi scheda allegata	0	☹️	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti la normativa A.Li.Sa. È stata applicata da Aprile 2018. Lo slittamento dalla Diretta a DPC è stato quantificato in complessivi 976 consegne, pari al 11 % totale. Obiettivo Raggiunto.	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	Obiettivo raggiunto	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	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti è stato effettuato il monitoraggio del 100% dei pz: 20 pz in strutture residenziali e n.1 pz in REMS. Obiettivo raggiunto.	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	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti entro il 30 giugno è stato attivato il gruppo tecnico e sono state elaborate le linee di indirizzo. Entro il 31.12 sono state approvate le linee di indirizzo nel Direttivo del Dipartimento e condivisione in tutte le sedi del servizio. Obiettivo raggiunto.	15	😊	10	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFO	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	Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	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	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	DS		15	Le AS della SC hanno partecipato nel corso dell'anno alla stesura del modello rappresentando al Coordinatore del Servizio Sociale Aziendale qualitativamente e quantitativamente le attività svolte nella struttura di appartenenza. Obiettivo raggiunto.	0	😊	15	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Come da comunicazione della S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 13.5.2019 l'obiettivo è stato raggiunto.	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	<p>Entro il 30/06/2018 il corso è disponibile.</p> <p>Il calendario della formazione è presente sulla piattaforma informatica della S.C. Formazione</p>	UGR	10	10	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti il piano formativo è stato definito e pubblicato sul sito della formazione entro il termine. Si sono tenute 3 edizioni del corso con 35 posti disponibili. L'occupazione dei posti è stata del 97 %. Obiettivi raggiunti.	10	😊	10	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	Come da Mail degli Affari Generali del 9/5/2019 agli atti tutti gli obiettivi Privacy previsti sono stati raggiunti. Obiettivi raggiunti.	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5	vedi relazione RPCT	5	😊	5	😊
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"	<p>Entro 30/06 organizzazione di un evento formativo aperto alle associazioni</p> <p>Entro 31/12 creazione di una consulta dipartimentale per la salute mentale</p>	Direttore Dip.	20	10	Come da Mail del 19/3/2019 del Direttore di Dipartimento agli atti: il 7 maggio ha avuto luogo a Genova Quarto l'evento formativo " La Città che cura", il 12 novembre si è tenuta la prima riunione della Consulta Salute Mentale. Obiettivi Raggiunti	20	😊	10	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
	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	Come da mail della S.C. Farmacia Opsedaiera del 27.11.2018 agli atti, la Salute Mentale non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019.	0	☺	5	☺
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		95		100	

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	<i>vedi tabella allegata</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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	<i>Come da Mail del 19/3/2019 agli atti lo slittamento consuntivato è pari a 2496 consegne, pari al 31%. Obiettivo raggiunto.</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	<i>Obiettivo raggiunto</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	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	10	<i>Come da Mail del 19/3/2019 agli atti è stato effettuato il monitoraggio del 100% dei pz: 17 pz in strutture residenziali e n.2 pz in REMS. Obiettivo raggiunto.</i>	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	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)	<i>Direttore Dip.</i>	15	10	<i>Come da Mail del 19/3/2019 agli atti entro il 30 giugno è stato attivato il gruppo tecnico e sono state elaborate le linee di indirizzo. Entro il 31.12 sono state approvate le linee di indirizzo nel Direttivo del Dipartimento e condivisione in tutte le sedi del servizio. Obiettivo raggiunto.</i>	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	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	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	DS	0	15	Le AS della SC hanno partecipato nel corso dell'anno alla stesura del modello rappresentando al Coordinatore del Servizio Sociale Aziendale qualitativamente e quantitativamente le attività svolte nella struttura di appartenenza. Obiettivo raggiunto.	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	Come da comunicazione della S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 13.5.2019 l'obiettivo è stato raggiunto.	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti il piano formativo è stato definito e pubblicato sul sito della formazione entro il termine. Si sono tenute 3 edizioni del corso con 35 posti disponibili. L'occupazione dei posti è stata del 97%. Obiettivi raggiunti.	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	<i>vedi relazione RPD</i>	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	5	5	<i>vedi relazione RPCT</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"	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	<i>Come da Mail del 19/3/2019 del Direttore di Dipartimento agli atti: il 7 maggio ha avuto luogo a Genova Quarto l'evento formativo " La Città che cura", il 12 novembre si è tenuta la prima riunione della Consulta Salute Mentale. Obiettivi Raggiunti</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	<i>Come da mail della S.C. Farmacia Opsedaiera del 27.11.2018 agli atti, la Salute Mentale non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019.</i>	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Ricoveri Punti Drg totali Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	Obiettivo raggiunto	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	Regolare invio dei dati richiesti da Regione e Ministero nei tempi previsti	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	Slittamento di 1639 da diretta a DPC	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	Dati non disponibili	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	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	10	Monitoraggio effettuato sul 100% dei pazienti	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	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)	<i>Direttore Dip.</i>	15	10	Attivato gruppo tecnico ed elaborate linee di indirizzo entro Giugno. Approvazione linee di indirizzo e condivisione in tutte le sedi di Servizio entro Dicembre	15	😊	10	😊
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	<i>POU/Prof San</i>	0	10	Al 31/12/2018 scostamento non superiore al 10% nel rapporto tasso occupazione p.l./consumo materiale	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	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	<i>DS</i>		15	Partecipazione delle AS alla stesura del modello	0		15	😊









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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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>	<i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i>	10	10	tra il 22 marzo e 11 aprile incontri condivisione con SC Pianificazione Programmazione. Il 15 Giugno eseguito feed back sul lavoro. Entro Settembre consegna a SC Prog Ris. della bozza materiale accreditamento	10	😊	10	😊
	UGR	↳	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	obiettivo raggiunto come evidenziato dalla rendicontazione obiettivi di budget ricevuta via mail il 19/03/2019	10	😊	10
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	5	5	vedi relazione RPCT	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"	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	Evento formativo "la città che cura" in data 07 Maggio. Il 12 Novembre si è tenuta la prima riunione della Consulta Salute Mentale	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	<i>Come da mail della S.C. Farmacia Opseidaiera del 27.11.2018 agli atti, la Salute Mentale non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019.</i>	0	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	







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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Punti dirigenza	Punti comparto	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	5	0	Ccd	E' aumentato il numero dei pazienti in carico mentre si è ridotto il numero delle prestazioni a seguito di applicazione di direttiva Alisa su somministrazione dei farmaci	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	5	5	SIA/Ccd	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
	3	DIRETTA/DPC	Rendiconto mensile sulla spesa diretta/DPC/Convenzionata	Slittamento dalla Diretta alla DPC secondo le indicazioni di A.Li.Sa.	5	0	Farmacia/ Bilancio	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti lo slittamento consuntivato è pari a 2496 consegne, pari al 31%. Obiettivo raggiunto.	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	0	0	CCD	Dati non disponibili	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	Allargamento del monitoraggio specifico già applicato ai pazienti in REMS con stesura di PTI nel 100% dei pazienti inseriti in strutture residenziali (report semestrale)	15	15	Referente Unità Funzionale Psichiatria Forense	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti è stato effettuato il monitoraggio del 100% dei pz: 17 pz in strutture residenziali e n.2 pz in REMS. Obiettivo raggiunto.	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	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)	15	15	Direttore Dip.	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti entro il 30 giugno è stato attivato il gruppo tecnico e sono state elaborate le linee di indirizzo. Entro il 31.12 sono state approvate le linee di indirizzo nel Direttivo del Dipartimento e condivisione in tutte le sedi del servizio. Obiettivo raggiunto.	15	😊	15	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Punti dirigenza	Punti comparto	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	4	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale		15	DS	Le AS della SC hanno partecipato nel corso dell'anno alla stesura del modello rappresentando al Coordinatore del Servizio Sociale Aziendale qualitativamente e quantitativamente le attività svolte nella struttura di appartenenza. Obiettivo raggiunto.	0		15	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	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	10	10	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	Come da comunicazione della S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 13.5.2019 l'obiettivo è stato raggiunto.	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	10	10	UGR	Visti gli adempimenti relativi all'obiettivo assegnato si conferma che la Struttura Complessa Medicina Legale ha raggiunto gli obiettivi attesi per l'anno 2018.	10		10	
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	10	10	S.C. Affari Generali	vedi relazione RPD	10		10	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Punti dirigenza	Punti comparto	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	5	5	Resp. PCT	vedi relazione RPCT	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"	Entro 30/06 organizzazione di un evento formativo aperto alle associazioni Entro 31/12 creazione di una consulta dipartimentale per la salute mentale	20	10	Direttore Dip.	Come da Mail del 19/3/2019 del Direttore di Dipartimento agli atti: il 7 maggio ha avuto luogo a Genova Quarto l'evento formativo "La Città che cura", il 12 novembre si è tenuta la prima riunione della Consulta Salute Mentale. Obiettivi Raggiunti	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	0	5	CCD	Come da mail della S.C. Farmacia Opsedaiera del 27.11.2018 agli atti, la Salute Mentale non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019.	0		5	
TOTALE PESO SCHEMA BUDGET					100	100			100		100	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	Ccd	5	0	La SC ha incrementato il nr. dei pz in trattamento nell'anno (1590 del 2018 vs 1561 nel 2017).	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti lo slittamento consuntivato è pari a 2496 consegne, pari al 31%. Obiettivo raggiunto.	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	Dati non disponibili	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	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti è stato effettuato il monitoraggio del 100% dei pz: 17 pz in strutture residenziali e n.2 pz in REMS. Obiettivo raggiunto.	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	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti entro il 30 giugno è stato attivato il gruppo tecnico e sono state elaborate le linee di indirizzo. Entro il 31.12 sono state approvate le linee di indirizzo nel Direttivo del Dipartimento e condivisione in tutte le sedi del servizio. Obiettivo raggiunto.	15	😊	15	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
PERFORMANCE	4	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello Entro 28 Febbraio 2019 stesura prima relazione annuale	DS		15	Le AS della SC hanno partecipato nel corso dell'anno alla stesura del modello rappresentando al Coordinatore del Servizio Sociale Aziendale qualitativamente e quantitativamente le attività svolte nella struttura di appartenenza. Obiettivo raggiunto.	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	Come da comunicazione della S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 13.5.2019 l'obiettivo è stato raggiunto.	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	Visti gli adempimenti relativi all'obiettivo assegnato si conferma che la S.C. Salute Mentale Distretto 13 ha raggiunto gli obiettivi attesi per l'anno 2018.	10	😊	10	😊









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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Resp. PCT	5	5	vedi relazione RPCT	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"	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	Come da Mail del 19/3/2019 del Direttore di Dipartimento agli atti: il 7 maggio ha avuto luogo a Genova Quarto l'evento formativo " La Città che cura", il 12 novembre si è tenuta la prima riunione della Consulta Salute Mentale. Obiettivi Raggiunti	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	Come da mail della S.C. Farmacia Opsedaiera del 27.11.2018 agli atti, la Salute Mentale non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019.	0	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	<i>Ccd</i>	5	0	<i>Obiettivo raggiunto</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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti lo slittamento consuntivato è pari a 2.496 consegne, pari al 31%. Obiettivo raggiunto.	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	Entro 30 Giugno attivazione progetto sportelli differenziati in tutti i distretti	<i>Direttore DSM</i>	10	10	<i>vedi mail ricevuta il 14.05.2019</i>	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.	Organizzazione di una iniziativa di sensibilizzazione territoriale in cooperazione con associazioni, MMG e DSS Delibera aziendale di collaborazione con l'Auto-Mutuo-Aiuto	<i>Direttore DSM</i>	5	5	<i>vedi mail ricevuta dalla S.C. il 14.05.2019</i>	5	😊	5	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
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	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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti entro il 30 giugno è stato attivato il gruppo tecnico e sono state elaborate le linee di indirizzo. Entro il 31.12 sono state approvate le linee di indirizzo nel Direttivo del Dipartimento e condivisione in tutte le sedi del servizio. Obiettivo raggiunto.	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	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	vedi mail ricevuta dalla S.C. il 14.05.2019	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	vedi mail ricevuta dalla S.C. il 14.05.2019	15		15	
	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 finalizzate 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	vedi mail ricevuta dalla S.C. il 14.05.2019	10		0	









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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
PERFORMANCE	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	Come da mail del 14/5 agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	0	😊	10	😊
	9	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello	DS		10	Come da mail del 14/5 agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	0		10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO	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	Come da comunicazione della S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria del 13.5.2019 l'obiettivo è stato raggiunto.	10	😊	10	😊
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5	vedi relazione RPCT	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	Come da mail della S.C. Farmacia Opsedaiera del 27.11.2018 agli atti, la Salute Mentale non è stata coinvolta dalla sperimentazione, che peraltro avrà inizio nel 2019.	0		5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	













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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	Incremento	Ccd	10	10	obiettivo raggiunto	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
PERFORMANCE	1	Visite specialistiche gastroenterologiche	Tempi di attesa per visita gastroenterologica	Riduzione dei tempi di attesa per visita gastroenterologica a 8 giorni per le visite brevi e 38 giorni per le differite/programmate		25	25	al 30/12/2018 brevi 8 giorni, differite 28 giorni	25	😊	25	😊
	2	Creazione di un percorso diagnostico-terapeutico aziendale relativo al paziente affetto da epatopatia alcol correlata o in poliambulatorio 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 Alcolologico-Sert) per la divulgazione delle raccomandazioni cliniche condivise nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio Entro Dicembre condivisione delle raccomandazioni presso sedi Sert		15	15	Alcohol use disorder e trapianto di fegato. Per lo sviluppo, il management e l'aggiornamento di linee guida e di buone pratiche per il trapianto di fegato conseguente a disturbi da uso di alcol. Integrazione ospedale-territorio. Prodotto documento entro Giugno 2018	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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.	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	obiettivo raggiunto nei termini stabiliti come evidenziato dalla rendicontazione obiettivi budget ricevuta via mail il 19/03/2019	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	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	obiettivo raggiunto nei termini stabiliti come evidenziato dalla rendicontazione obiettivi budget ricevuta via mail il 19/03/2019	15		15	
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	vedi relazione RPD	10		10	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	10	10	Vedi relazione RPCT	0		0	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									90		90	













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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	Ccd	5	5	Come da comunicazione ID n.65003676 agli atti la struttura ha mantenute invariate le prime visite (214 nel 2017 vs 213 nel 2018) mentre ha aumentato le consulenze (da 32 nel 2017 a 57 nel 2018). Obiettivo raggiunto.	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	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	Direttore Dip.	5	5	Come da comunicazione ID n.65003676 agli atti entro la scadenza è stato individuato in test di screening condiviso con il Dipartimento Cure Primarie. I materiale è stato inviato ai MMG ad Ottobre 2018. Il monitoraggio è iniziato ad ottobre 2018 ma i dati raccolti sono poco significativi.	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	Entro il 30/03 stesura progetto (metodologia, organizzazione) Da Marzo 2018 interventi di educazione alimentare e corretto stile di vita su almeno 4 gruppi	Direttore Dip.	20	20	Come da comunicazione ID n.65003676 agli atti è stata affiancata al corso psico educativo di gruppo di 80 introntri di I° lvl + 8 incontri di II° lvl una serie di lezioni interattive mediante discussioni di casi clinici e correzioni di errori nutrizionali.	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	Direttore Dip.	20	20	Dalla mail del Direttore della SSD ricevuta il 29.05.2019 si evidenzia sia la definizione del percorso che della flow chart.	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	Direttore Dip.	20	20	E' stata utilizzata nuova cartella cartacea nel 100% dei nuovi casi	20		20	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Come da Mail del 19/3/2019 agli atti la Direzione della SC ha partecipato alla condivisione degli obiettivi e alla raccolta del materiale documentale alla luce del nuovo manuale di accreditamento (22 marzo, 11 aprile, 15 giugno). Il materiale predisposto è stato inviato alla SC Prog. Rir. nei tempi previsti.	10		10	
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	Come da Mail degli Affari Generali del 9/5/2019 agli atti tutti gli obiettivi Privacy previsti sono stati raggiunti. Obiettivi raggiunti.	5		5	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	Come da monitoraggio dell'Anticorruzione agli atti, le attività sono state effettuate nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	10		10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

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	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	si è registrata una diminuzione	0			
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	obiettivo raggiunto: numero utenti 128 numero prestazioni 367	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	Revisione delle procedure in corso alla luce delle direttive dell'atto aziendale. Su 1044 utenti, 180 sono state segnalate per maternità fragili e tutte prese in carico da Psicologi e Assistenti Sociali.	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		Realizzazione di incontri del gruppo di lavoro per la predisposizione del progetto rivolto ai lavoratori dipendenti nell'ambito del progetto WHP	10			
	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	Lo studio di fattibilità è stato inviato in data 19/05/2018 alla DS. L'offerta da Aprile 2018 a Marzo 2019 è stata di 34.480 disponibilità. Su un calcolo netto di 49 settimane annue, risultano 703 disponibilità settimanali	5		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	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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 <small>(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)</small>	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		a)Nell'area della tutela minori sono stati presi in carico 993 utenti e realizzati 6220 interventi. Il 100% delle prestazioni è realizzato in modo integrato. B)Sono stati effettuati 3 incontri con la Direzione Politiche soc. del Comune di Genova per la revisione e il monitoraggio di protocolli operativi	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	Verifica di tutte le cartelle riabilitative ed invio alla PO Area Riabilitazione		😊	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	obiettivo raggiunto:relazione annuale inviata dalla PO su attività del Servizio Sociale Professionale Aziendale anno 2018		😊	10	😊
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredittamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredittamento 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 accredittamento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	10	10	marzo aprile 2018: realizzazione di 3 incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del nuovo Manuale di accredittamento attraverso CHECK di monitoraggio.. Giugno 2018: incontro con Direzione per feed back sul lavoro eseguito in base alla traccia della check - stato dell'arte. Rinvio fase audit in esito al nuovo assetto organizzativo previsto dall'atto az.	10	😊	10	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5	vedi relazione RPCT	4,5	😊	4,5	😊
	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	Obiettivo raggiunto: a) n.107 interventi in house, alternanza scuola lavoro ed HBSC. b) colloqui psicologici offerti alle giovani donne per IVG (100% dei casi pervenuti)	20	😊	15	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET										94,5		99,5	


















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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	Ccd	10	5	Incremento dei ricoveri residenziali e semiresidenziali da 3172 nel 2017 a 3515 nel 2018	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	Rispettata la tempistica e qualità dei flussi	5	😊	5	😊	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	2	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 <small>(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</small>				20	10	Attivati 2 nuovi CDCD nel 2018. Effettuate riunioni periodiche per coordinamento tra i vari centri e uniformizzazione dei protocolli e procedure	20	😊	10	😊	
	3	Introdurre e applicare una specifica procedura operativa delle dimissioni protette di pazienti fragili.	Produzione e pubblicazione Procedura operativa dimissione pazienti fragili	Fase compilativa e pubblicazione su intranet aziendale: entro maggio 2018	Prof. Sanitarie		15	Procedura prodotta nel 2017, sottoposta a verifiche e variazioni da parte dei vari direttori di strutture che si sono succedute nel 2018, inviata per la pubblicazione nel secondo semestre 2018, in attesa di pubblicazione all'Ufficio Qualità	0		11,25	😐	😊
			% di pazienti fragili per i quali è stata applicato l'iter della procedura specifica	Applicazione procedura specifica sul 80% dei pazienti fragili dimessi dal 1 luglio 2018			20	Procedura applicata nel 100% dei pazienti	0		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 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	20	10	Nota Direttore SC: PDTA femore obiettivo raggiunto al 90% dei pazienti segnalati, altri percorsi obiettivi raggiunti al 35% Obiettivo raggiunto	20	😊	10	😊	😞
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Responsabile PCT	5	5	vedi relazione RPCT	3	😊	3	😊	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
PROGETTI	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				15	10	Gruppo di lavoro costituitosi n Alisa su proposta di ASL 3 al fine di definire i contenuti operativi e la remunerazione di tali interventi. Il gruppo è stato operativo per tutto il 2018, da questo è scaturita la necessità di una Regolamentazione Regionale che ha prodotto la DGR 290 del 12.04.2019	15		10	
	4	Progetto di Cohousing Socio-Sanitario nel Comune di Rossiglione in sinergia con la RP Accreditata GB Pizzorno				15	10	Gruppo di lavoro costituitosi n Alisa su proposta di ASL 3 al fine di definire i contenuti operativi e la remunerazione di tali interventi. Il gruppo è stato operativo per tutto il 2018, da questo è scaturita la necessità di una Regolamentazione Regionale che ha prodotto la DGR 290 del 12.04.2019	15		10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		98		94,25	

SCHEMA 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	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note	
	1	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	10	10	Per ogni Settore di competenza i Flussi sono stati regolarmente rendicontati agli Enti Preposti e nei tempi previsti. In relazione ai Flussi relativi alle prenotazioni a Cup, dal confronto dei dati anni 2017-2018 prodotti da Liguria Digitale, è emerso un aumento delle prestazioni erogate a Cup (dal 65.2% del 2017 al 70.9% del 2018) ed una diminuzione di quelle fuori Cup (dal 34.8% del 2017 al 29.1% del 2018).	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 <small>(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)</small>	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	in riferimento al relativo Indicatore a livello Aziendale, con la collaborazione del POU e dei Distretti, è stata implementata l'Offerta delle Prestazioni, mantenendo invariate le percentuali già in essere per ciascuna Classe di Priorità (B=20%; D=30%, P=50%). Per i Soggetti Privati Accreditati sono state, invece, variate per tutte le prestazioni di RMN le percentuali delle Classi di Priorità (B=25%, D=30%, P=45%). Le manovre di cui sopra hanno contribuito alla riduzione dei Tempi di Attesa per alcune prestazioni.	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 <small>(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)</small>	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	Come si può evincere dal monitoraggio delle prestazioni di cui al PNGLA, si può considerare raggiunto l'indicatore del 90% per la quasi totalità delle stesse, restano escluse alcune prestazioni di diagnostica strumentale (RMN colonna, Eco addome, Spirometria ecc....).	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) <small>(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)</small>	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	nel corso dell'anno sono stati effettuati invii dei manuali ai Prescrittori. Non sono stati effettuati incontri finalizzati all'implementazione dei RAO per problemi organizzativi dovuti sia alla dismissione della S.C. Cure Primarie dell'ottobre u.s. sia al fatto che nel corso del secondo semestre 2018, Agenas ha provveduto a rivedere i RAO relativi ad alcune visite specialistiche (cardiologia e gastroenterologia) e a numerose prestazioni di radiologia, con la finalità di produrre un documento validato, ad uso delle regioni, che avrebbe dovuto essere di spunto per la definizione dei nuovi RAO. Tali modifiche di fatto sono state assunte dal Ministero ed allegate come parte integrante al nuovo nomenclatore PNGLA.	15		15		
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	La verifica della Concordanza ha rappresentato uno dei principali Obiettivi assegnati agli Specialisti Ambulatoriali (SUMAI) per l'anno 2018; la raccolta trimestrale dei dati ha permesso il monitoraggio continuo della Concordanza tra la Classe di priorità indicata dal Prescrittore e quella assegnata dallo Specialista sulla base del manuale RAO. Sulla base dei dati rilevati, non si è ritenuto necessario modificare, al momento, la percentuale assegnata a ciascuna Classe di Priorità all'interno di ciascuna Agenda.	15		15		
TTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10		10		
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	vedi relazione RPCT	10		10		

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	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
PROGE	3	Progressiva trasformazione da medicina di rete a medicina di gruppo (mmg)			Vedi scheda progetto	CCD	10	10	La progressiva trasformazione della Medicina in Rete in Medicina di Gruppo potrà realizzarsi solo a seguito di Accordo Integrativo Regionale in tal senso. Siamo in attesa che la Regione indichi i tavoli per la formulazione dei nuovi A.I.R. che devono seguire la pubblicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale avvenuto in data 21/06/2018.	10	😊	10	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100		100		100	
















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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Punti dirigenza	Punti comparto	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
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	5	5	Ccd	parzialmente raggiunto	3,75	😊	3,75	😊
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	5	5	SIA/Ccd	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5	😊	5	😊
PERFORMANCE	1	Incremento delle cure palliative domiciliari in seguito a dimissione ospedaliera protetta (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	Nr segnalazioni ospedaliere 2018 versus segnalazioni 2017	Incremento rispetto a segnalazioni ospedaliere 2017	10	10		Si è passati così dalle 159 segnalazioni ospedaliere del 2017 alle 249 del 2018	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	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		Le prestazioni complessive sono state 1878 per un importo complessivo di 25898 euro di produzione. A tale proposito l'ambulatorio di "simultaneous care" attivato presso il policlinico ICCRS San Martino ha eseguito 220 prime visite, 1136 2^visite e ha avviato 70 percorsi assistenziali in integrazione con i servizi territoriali della Rete Metropolitana di Cure Palliative	20	😊	20	😊
	3	garantire la soddisfazione dl paziente sino alla fine dell'assistenza	Elaborazione scheda di conclusione assistenza con indicatori di outcome assistenziale "patient-centered"	Entro giugno 2018 introduzione della scheda nei servizi di CP aziendale al 31/12: numero schede compilate (almeno 100)	15	15		Si è proceduto a codificare i percorsi del paziente in cure palliative: poiché ALISA ha provveduto a licenziare le schede di attivazione e di conclusione dell'assistenza solo con delibera 29 del 30 gennaio 2019 , la compilazione delle schede di conclusione è stata attuata in forma sperimentale nel 2018 e pertanto da gennaio 2019 è stata inserita su tutti i pazienti presi in carico obiettivo raggiunto al 90%	15	😊	15	😊
PERFORMANCE	4	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	15	15	POU	relazione Strutturata. ADOZIONE DELLA SCHEDA NECPAL CCOMS-ICO© (Necesidades Paliativas – Bisogni di Cure Palliative) STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA – TERMINALE CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE Allegata scheda tipo Obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊
QUALITÀ	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 <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>	15	15	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria le indicazioni specifiche in materia di accreditamento da parte di A.Li.Sa. Sono intervenute solo in data 28/12/2017 con DGR n.1185. Le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento non risultano ancora calendarizzate da parte di A.Li.Sa. La SC Pian, Progr, Org. Sanitaria ha ritenuto opportuno implementare un cecklist di autovalutazione in relazione ai requisiti previsti dal nuovo manuale dell'accreditamento. Sulla base della compilazione delle checklist da parte delle strutture sono stati calendarizzati incontri specifici. Obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Punti dirigenza	Punti comparto	Referente	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015					Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria Asl 3 per ottemperare la transizione alla nuova Norma ISO 9001:2015 ha ritenuto necessario acquisire il supporto di un serizio esterno a valenza biennnale l'obiettivo è da ritenersi non completamente valutabile in quanto posticipato".				
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	10	10	UGR	Valutati i verbali degli incontri forniti all' U.G.R, relativamente al percorso in oggetto, si conferma che la S.S.D. CURE PALLIATIVE ha completato le attività di Audit Clinico previste per l'anno 2018. La rendicontazione riguardante l'accreditamento formale del percorso formativo è stata effettuata dalla S.C.Formazione e Aggiornamento dopo la raccolta e il controllo della documentazione relativa alla certificazione delle presenze (fogli firma docenti e discenti). Il risultato atteso è stato quindi raggiunto.	10	😊	10	😊
PROGETT	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	5	5	S.C. Affari Generali	vedi relazione RPD	5	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									98,75		98,75	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Regione o Ministero	Incremento	Ccd	5	5	attraverso l'adozione del dossier sanitario per i detenuti è stata, tra l'altro, anche incrementata e migliorata la rendicontazione sanitaria	5		5		
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%	Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione e Ministero	SIA/Ccd	5	5	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera Si evidenzia una riduzione complessiva dell'erogazione diretta per i farmaci interessati dall'avvento delle nuove modalità della DPC , iniziata da Marzo 2018 , di € 2.880.064 a cui va ad aggiungersi una riduzione di circa € 516.000 per una riduzione della distribuzione anche dei farmaci di fascia A Gli attuali standard delle reportistiche dei sistemi EDF ed OLIamm non consentono di estrapolare il dato richiesto con il dettaglio del cdc e con il dettaglio della classe di concedibilità del farmaco (Aphot/A/H/C/ecc) Obiettivo raggiunto	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	E' stata introdotta la procedura aziendale per la STU all'interno della C.C. Marassi nella 3° e 4° sezione . Tale procedura ha migliorato l'efficienza nella gestione della terapia	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	E' stato creato in collaborazione con i Sistemi Informativi della ASL3 un dossier sanitario all'interno del centro Clinico della C.C. Marassi e della 5° sezione. Per quanto riguarda il carcere di Pontedecimo abbiamo continuato l'implementazione del dossier sanitario	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 sociosanitarie 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	Sono stati predisposti presso la C.C. marassi percorsi idonei a garantire la continuità terapeutica e la terapia farmacologica per i detenuti HCV	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
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	E' stato creato un percorso di cure integrato sia con i colleghi cardiologi, sia con i colleghi dei Sistemi Informativi per la refertazione degli esami elettrocardiografici sia presso la C.C. Marassi sia presso il carcere di Pontedecimo. Non esiste ancora l'autorizzazione da parte delle direzioni dei due carceri per poter introdurre la rete all'interno delle strutture. L'obiettivo si intende raggiunto perchè la mancata applicazione non dipende dal Responsabile della Struttura.	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	Valutati i verbali degli incontri forniti all' U.G.R, relativamente al percorso in oggetto, si conferma che la S.S.D. TUTELA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO ha completato le attività di Audit Clinico previste per l'anno 2018. La rendicontazione riguardante l'accreditamento formale del percorso formativo è stata effettuata dalla S.C.Formazione e Aggiornamento dopo la raccolta e il controllo della documentazione relativa alla certificazione delle presenze (fogli firma docenti e discenti). Il risultato atteso è stato quindi raggiunto.	10	😊	10	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	vedi relazione RPCT	4	😐	4	😐
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		94		94	













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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento ID n.65258868 del 5.3.2019 sono state sottoposte ad analisi e revisione 3 procedure: " C.U. Gestione delle non conformità" "Gestione sanitaria dell'Emergenza negli incidenti rilevanti" "Vaccinazioni in ambiente protetto". Obiettivo raggiunto	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.	Come da comunicazione del Direttore del Dipartimento ID n.65258868 del 5.3.2019 le analisi e la proposta alla Direzione aziendale sono state effettuate nei tempi e modi previsti.	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	Il progetto le verifiche e le proposte di sviluppo (vd. Comunicazione ID n.65258868 del 5.3.2019) sono state effettuate nei tempi e modi previsti.	25	☺	25	☺
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPD	10	☺	10	☺
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPCT	10	☺	10	☺
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100		100	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Direttore f.f. Dottor Renato Sturlese

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	Ccd	5	0	alcuni flussi inviati nel 2018 dalla SC ISP risultano migliorati rispetto allo scorso anno, altri mantengono gli standard informatizzati.	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5		
	3	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	POU ISP Consult.	5	0	Inviata procedura in data 29.10.2019 all'Ufficio Qualità	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	Dir. Dip.	5	10	l'obiettivo è stato raggiunto come evidenziato dalla relazione agli atti Id. n. 64334587 del 15/01/2019	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	Dir. Dip.	10	10	Nel 2018 si registra un incremento del 10% delle vigilanze rispetto all'anno precedente.	10		10		
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	Dir. Dip.	10	10	34 controlli effettuati nel 2018, 45%in più rispetto all'anno precedente.	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%	Dir. Dip.	5	10	raggiunta copertura pari al 90.03%	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	Dir. Dip.	5	5	sistema implementato e funzionante da mazo 2018	5		5		





SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Direttore f.f. Dottor Renato Sturlese

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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 indaempienti 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	Dir. Dip.	10	10	l'obiettivo è stato raggiunto come evidenziato dalla relazione agli atti Id. n. 64334587 del 15/01/2019	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	Dir. Dip.	5	5	Sono state effettuate 273 interviste per Passi e 183 per Passi d'Argento	5		5	
	8	Realizzazione a livello aziendale degli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 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)	Dir. Dip.	10	10	Sono stati effettuati tutti gli incontri previsti	10		10	
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	Dir. Dip.	10	10	l'obiettivo è stato raggiunto come evidenziato dalla relazione agli atti Id. n. 64334587 del 15/01/2019	10		10	
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10		10	
	3	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5	vedi relazione RPCT	5		5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									100		100	




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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	Ccd	5	5	dalla relazione del Direttore della struttura il debito informativo risulta assolto	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Il monitoraggio costante dei flussi di accesso agli ambulatori della Medicina Legale effettuato, manca evidenza progetto	11,25	😐	7,5	😐
	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	E' stata attivato il processo di dematerializzazione concernente le richieste di astensione anticipata dal lavoro: tutta la documentazione è trasmessa per via telematica e archiviata in archivio informatico.	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	E' stato attivata l'apertura dello sportello della Segreteria della Commissione Medica Locale Patenti di Guida dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 per una più equa distribuzione di accessi.	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	Il convegno formativo si è svolto il 23.06.2018 con la collaborazione dell'Ordine dei Medici e INPS. Id n. 66635027 del 20.05.2019	15	😊	15	😊
PERFORMANCE	5	Migliorare funzioni di valutazione e programmazione del Servizio sociale professionale	Realizzazione di un modello di sintesi dell'attività svolta dal SSP aziendale	Entro 31 Dicembre 2018 realizzazione del modello	Schichter		10	Il servizio presso le Commissioni L.104/92 è coperto da un assistente sociale dedicato e da altri assistenti sociali provenienti dal territorio	0		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	Visti gli adempimenti relativi all'obiettivo assegnato si conferma che la Struttura Complessa Medicina Legale ha raggiunto gli obiettivi attesi per l'anno 2018.	10	😊	10	😊







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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10		10	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10	vedi relazione RPCT	9,5		9,5	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									95,75		97	

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	Ccd	5	0	La rendicontazione è stata regolarmente effettuata. Si ritiene l'obiettivo raggiunto.	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	5		5	
IMMANCE	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	Registrazione 80% delle notifiche di inizio attività e/o di variazione 2018 e completamento delle notifiche 2017 (1500) Completamento addestramento personale amministrativo alla gestione delle nuove modalità di notifica ed alle nuove modalità di interfaccia con i SUAP		30	40	Nel 2018 è stata completata la registrazione delle notifiche 2017 ed effettuata la registrazione del 80,2 % delle notifiche pervenute nel 2018. Le imprese alimentari, effettuata la notifica allo sportello unico della attività produttive (SUAP), hanno assolto il loro obbligo informativo nei riguardi della Autorità Competente. Obiettivo raggiunto	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	Predisposto in data 25/01/2018 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)	20		10	
	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 normative vigenti. Implementazione del sito istituzionale con • rendicontazione periodica dei Controlli Ufficiali e relativi esiti • informative ai cittadini su situazioni emergenti di sicurezza alimentare		10	15	Effettuata pubblicazione rendicontazione semestrale delle ispezioni di CU effettuate su sito ASL	10		15	

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFOR	4	Formazione del personale ai sensi della revisione della procedura: "CU: gestione delle non conformità"	Evento formativo indirizzato ai Dirigenti e TdP	Entro 31/10 Formazione di tutti i Dirigenti e TdP attraverso evento specifico		10	10	Si ritiene l'obiettivo solo parzialmente raggiunto, in quanto è stata revisionata la procedura indicata (alla data del 31 ottobre 2018), ma per quanto indicato in premessa, non si è riusciti ad effettuare l'evento formativo nei confronti di tutto il personale anche se la procedura è stata diffusa tramite pubblicazione su News del Dipartimento	7,5		7,5	
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10		10	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	vedi relazione RPCT	10		10	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									97,5		97,5	














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	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparato	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	tutti i flussi previsti dalla DGR 1606/2011 e ss.mm.ii sono stati correttamente inviati dalla scrivente struttura all'ufficio flussi entro le scadenze previste.	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 Conferenza Stato Regioni 212/2016	Sulla base delle nuove modalità di registrazione predisposte, la rendicontazione dell'attività 2018 è stata effettuata con i dati e le modalità di aggregazione degli stessi previsti dal nuovo flusso CSR 212/16 come previsto dall'obiettivo "Rendicontazione del 100% delle Attività 2018 secondo CSR 212/2016"	15	😊	10	😊
	2	Inserimento sul sistema Sinvsa degli esercizi in base al regolamento 852	Completamento dell'inserimento	100 % di esercizi inseriti	L'obiettivo del 100 % di esercizi inseriti risulta raggiunto.	15	😊	30	😊



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	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparato	Note
PERFORMANCE	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 %	La media fra sopralluogo e invio è risultata di 7,9 <u>giorni di calendario</u> , pertanto l'obiettivo è stato raggiunto	15	😊	15	😊
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	visita di controllo nei tempi previsti ritardo massimo nella verifica 30 giorni è stato raggiunto.	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	Rendicontazione e trasmissione flussi informativi secondo i nuovi criteri previsti dalla C.S.R. 212/2016	in relazione a quanto già esplicitato al punto 1 e 2 l'obiettivo risulta raggiunto	15	😊	10	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>vedi relazione RPD</i>	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>vedi relazione RPCT</i>	10	😊	10	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100		100	






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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
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	il 95% dei flussi LEA ha avuto punteggio totale < 2. Più del 75% degli altri flussi ha avuto punteggio tra 0 e 4. In considerazione di quanto sopra, si ritiene che l'obiettivo assegnato sia stato raggiunto al 100%.	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.	Espletamento di almeno il 95% tutti gli interventi di posizionamento e cattura insetti previsti dal piano	Direttore SC	10	15	E' stato espletato per intero il piano di ricerca e cattura di insetti vettori di malattie infettive e diffuse. Sono stati eseguiti tutti i n. 50 interventi di posizionamento e cattura insetti previsti. In considerazione di quanto sopra, si ritiene che l'obiettivo assegnato sia stato raggiunto al 100%	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.	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	Il piano di sorveglianza è stato espletato effettuando nel periodo compreso tra aprile e ottobre tutte le n. 84 visite cliniche quindicinali previste su tutti i sei nuclei sentinella individuati. Obiettivo raggiunto	15		10		
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	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	tutte le n. 111 strutture che erogano assistenza veterinaria sono state inserite in un sistema di gestione dati. Obiettivo raggiunto	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	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	sono stati registrati in Banca Dati Nazionale (B.D.N.) tutti i n. 22 allevamenti avicoli che detengono un numero di capi superiore alle 50 unità, che vanno a sommarsi ai n. 5 già precedentemente registrati perché con un numero di capi superiore alle 250 unità. Obiettivo raggiunto	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	Rendicontazione e trasmissione flussi informativi secondo i nuovi criteri previsti dalla C.S.R. 212/2016	Direttore SC	15	10	per tutto il 2018 si ci è adeguati ai nuovi criteri di rendicontazione e trasmissione flussi informativi. Obiettivo raggiunto	15		10		
ETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10		10		

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROG1	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	vedi relazione RPCT	10		10	
TOTALE SCHEDA BUDGET									100		100	

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
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	I flussi informativi richiesti sono stati corrisposti agli interlocutori nei tempi e secondo le modalità previste	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	10	10	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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 .	1.(entro Marzo 2018) 2.(entro Aprile 2018) 3.(entro Giugno 2018) 4.(entro Novembre 2018) 5.(entro Dicembre 2018)	SC PSAL	20	20	Le tempistiche sono state rispettate come evidenziato dall arelazione agli atti. Obiettivo raggiunto	20		20		
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.	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); 2.Redazione/individuazione delle check list sulle attrezzature a cura del gruppo regionale macchine (presenza dei verbali del gruppo regionale macchine); 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). 4.Pubblicizzazione dell'iniziativa alle imprese (pubblicizzazione della check list attraverso pubblicazione sul sito aziendale). 5.Invio dei questionari alle imprese selezionate (100). 6.Analisi delle attività di monitoraggio su una attrezzatura individuata e vigilanza sul 10% delle aziende coinvolte	1.(entro il 31 marzo 2018) 2.(entro 30 aprile 2018) 3.(entro il 30 giugno 2018) 4.(entro il 30 giugno 2018) 5.(entro il 30 settembre 2018) 6.(entro il 31 dicembre 2018)	SC PSAL	20	20	Le tempistiche sono state rispettate come evidenziato dall arelazione agli atti. Obiettivo raggiunto	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"	Entro 31/12 redazione linee di indirizzo "vigilanza in edilizia"	SC PSAL	10	10	Redazione linee di indirizzo "vigilanza in edilizia" effettuata entro il 31 dicembre 2018.	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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
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 2.Redazione procedure deroga locali con altezza inferiore ai 3 m	Entro 31/12 redazione procedure deroga locali sotterranei e seminterrati Entro 31/12 redazione procedure deroga locali con altezza inferiore ai 3 m		15	15	1) redazione procedure deroga locali sotterranei entro il 31 dicembre 2) redazione procedure deroga locali con altezza inferiore ai 3 m. entro il 31 dicembre	15	😊	15	😊	😞
	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊	
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	vedi relazione RPCT	8	😊	8	😊	
TOTALE SCHEDA BUDGET									98		98		

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	L'obiettivo è stato raggiunto	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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 2018 (dato ISTAT)	100% della popolazione bersaglio 2108	5	😊	5	😊
			% di donne che partecipano allo screening mammario rispetto alle donne invitate nel 2018	≥ 61 % (valutazione da 1/5/2019)	58% obt parzialmente raggiunto in considerazione dell'aumento del 3% rispetto al 2017	11,25	😐	15	😊

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







tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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 2018 (dato ISTAT)	100% della popolazione bersaglio 2018	5	😊	5	😊
			% di donne che partecipano allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate nel 2018	≥ 49 % (valutazione da 1/5/2019)	obt raggiunto al 29%. In considerazione del fatto che il PAP test non prevede anche la ricerca dell'HPV, lo screening non risulta competitivo con gli accertamenti che vengono fatti sia in ambito ospedaliero che in ambito privato. Obt. Parzialmente raggiunto	0	😞	11,25	😞
	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 2018 (dato ISTAT)	100% della popolazione bersaglio 2108	5	😊	5	😊
			% di persone che partecipano allo screening del tumore del colon retto rispetto alle persone invitate nel 2018	≥ 46 % (valutazione da 1/5/2019)	28%	11,25	😞	11,25	😞
	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	≥ 50% rispetto agli invitati	51%	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	Risultati attesi anno 2018	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>vedi relazione RPD</i>	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>vedi relazione RPCT</i>	10	😊	10	😊
						77,5		92,5 *	

**per il personale del comparto la valutazione ha tenuto conto del ruolo ininfluente del personale infermieristico e amministrativo nella mancata adesione allo screening, pur avendo collaborato attivamente all'invio di inviti e recall*

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	<i>Come da comunicazione ID n.66551788 del 15.5.2019 sono stati individuati 3 referenti che mensilmente hanno operato al revisione del flusso traccia vs flusso farmaceutica. Obiettivo raggiunto.</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	<i>Come da comunicazione ID n.66551788 del 15.5.2019 tutte le attività sono state effettuate nei tempi previsti (nr.4 incontri effettuati). Obiettivo raggiunto.</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	<i>Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera e SC Direzione POU: obiettivo parzialmente raggiunto in considerazione dell'attività di coordinamento del gruppo di lavoro</i>	7,5		3,75	
	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	<i>Come da comunicazione ID n.66551788 del 15.5.2019 Nel 2018 sono state inserite sul registro aifa on line 1995 schede di prescrizione e relative dispensazioni per farmaci oncologici corrispondenti al 99 % delle schede da inserire.</i>	10		5	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	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	Direttore SC	10	25	Come da comunicazione ID n.66551788 del 15.5.2019 l'audit è stata redatta relazione e sono stati trasmessi i verbali degli incontri effettuati. Obiettivo raggiunto.	10		25	
	4	COMMISSIONE OFF LABEL	Costituzione commissione Evidenza regolamento	Entro 30/06/2018 costituzione commissione Entro 31/10/2018 evidenza regolamento	DMO/ Farmacia	10	0	Come da comunicazione ID n.66551788 del 15.5.2019 la commissione è stata costituita nei tempi ed è stata redatta la bozza della procedura ed evidenza del regolamento. Essendo però uscita ai primi di gennaio 2019 la delibera Alisa n.10 sugli off label il regolamento è stato fermato ed è stata adottata un procedura aziendale a marzo 2019.	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	DMO	10	10	Come da comunicazione ID n.66551788 del 15.5.2019 sono state effettuate tutt le attività nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	10		10	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE U.F.A.	<p><i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredитamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p>	<p>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></p>	<p><i>SC Pian, Progr, Org. Sanitaria</i></p>	10	10	<p>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria le indicazioni specifiche in materia di accreditamento da parte di A.Li.Sa. Sono intervenute solo in data 28/12/2017 con DGR n.1185. Le verifiche per il rinnovo dell'accreditamento non risultano ancora calendarizzate da parte di A.Li.Sa. La SC Pian, Progr, Org. Sanitaria ha ritenuto opportuno implementare un cecklist di autovalutazione in relazione ai requisiti previsti dal nuovo manuale dell'accreditamento. Sulla base della compiazione delle checklist da parte delle strutture sono stati calendarizzati incontri specifici. Obiettivo raggiunto</p>	10	☺	10	☺
			<p><i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015</p>					<p>Come da comunicazione del 13/5/2019 Id.n.66494286 della SC Pian, Progr, Org. Sanitaria Asl 3 per ottemperare la transizione alla nuova Norma ISO 9001:2015 ha ritenuto necessario acquisire il supporto di un serizio esterno a valenza biennnale l'obiettivo è da ritenersi non completamente valutabile in quanto posticipato esclusivamente per UFA".</p>	0	☺	0	☺

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	5	5	vedi relazione RPD	5	😊	5	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5	vedi relazione RPCT	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	Come da relazione dal 30/5/2019 agli atti tutte le attività previste sono state svolte nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	5	😊	25	😊
	4	Progetto logistica materiale sanitario	Evidenza progetto	Entro il 31/7/2018 presentazione progetto in collaborazione con Direzione Sanitaria e SIA	CCD	5	5	per ragioni di ordine tecnico organizzativo, il progetto non è partito nel 2018. E' stato riproposto con aggiustamenti per il 2019	5	😊	5	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		97,5		98,75	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	Flussi	Allineamento flusso traccia su flusso farmaceutica	Referenti contabilità e altri operatori esterni	SIA/Bilancio	10	10	Come da comunicazione ID n.65740041 agli atti la corrispondenza del flusso di tracciabilità con il flusso della diretta e quello dell'ospedaliera è avvenuto mensilmente. Come previsto da specifico obiettivo regionale (100% di correzione dei dati non allineati) è stata inviata mensilmente la relazione conciliativa. Obiettivo raggiunto.	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	Come da comunicazione ID n.65740041 agli atti l'importo per l'aggio del 2018 è stato pari a € 3.05.482,33 (+ 7% 2017), mentre il nr. pezzi erogati con DPC regionale anno 2018 ammonta a 667.420 (+ 41 % 2017).Il monitoraggio dei pezzi / aggio DPC ha registrato un - 49% per il n.r pezzi e un - 23% per quanto riguarda i costi. Come da comunicazione del Direttore del Bilancio ID 66841410 del 30.5.2019 è stato rispettato il budget assegnato.	15	😊	15	
			Evidenza audit	Predisposizione audit da inviare a Regione Liguria	SC	15	15	Come da comunicazione ID n.65740041 agli atti gli audit sono stati inviati mensilmente con comunicazioni protocollate.	15	😊	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	Ad Aprile 2018 sono stati presi accordi per la condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale. E' stata implementata la documentazione utile all'accredimento istituzionale con la S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria, sono stati definiti due incontri e si è provveduto ad inviare il documento di processo.	10	😊	10	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	<i>vedi relazione RPD</i>	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	10	10	<i>vedi relazione RPCT</i>	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	Come da relazione dal 30/5/2019 agli atti tutte le attività previste sono state svolte nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	5	😊	25	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
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	nel 2018 sono stati depositi 14 decreti ingiuntivi corrispondenti al 10% dell'implementazione del recupero crediti giudiziali	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	obiettivo raggiunto nei tempi previsti	25	😊	25	😊	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	obiettivo raggiunto nei tempi previsti	15	😊	15	😊	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10	vedi relazione RPCT	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	E' stato compiutamente assicurato il coinvolgimento della S.C. al processo di revisione dell'organizzazione aziendale in preparazione alla certificazione ISO2015, partecipando attivamente agli incontri aziendali di fine novembre e dicembre 2018	20	😊	20	😊	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							100	100			100		😞

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	monitoraggio mensile spesa relativa alle nuove assunzioni e cessazioni"; per quanto attiene il Piano assunzioni, le stesse ammontano a 293 unità, di cui 221 del comparto, 24 della dirigenza SPTA e 48 della dirigenza medica. Per quanto attiene il monitoraggio sulla spesa del personale, lo stesso è stato inviato al Bilancio per consentire la redazione mensile del CE	30	😊	30	😊
	2	Utilizzo della procedura informatica SW Delibere e Determinine in via esclusiva	100% delibere e determine	Entro 31/05/2018 utilizzo SW Delibere e Determinine per il 100% delibere e determine	S.C. Affari Generali	25	25	obiettivo raggiunto nei tempi previsti come si evidenzia nella Relazione raggiungimento obiettivi 2018- mail del 28/01/2019	25	😊	25	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	vedi relazione RPD	15	😊	15	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	10	10	vedi relazione RPCT	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	a seguito della partecipazione al corso aziendale tenutosi in data 22/11/2018 ed in data 18/12/2018, la Struttura ha puntualmente adempiuto alla fase procedurale richiesta. È stato assicurato il coinvolgimento della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane al processo di revisione dell'organizzazione aziendale in preparazione della Certificazione ISO 2018 partecipando attivamente agli incontri aziendali di fine novembre e dicembre 2018	20	😊	20	😊😊☹️
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	☹️












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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Procedura operativa ed utilizzata da tutte le Strutture Aziendali nei tempi prestabiliti	30	😊	30	😊
	2	Adeguamento Legge Gelli	Evidenza adeguamento regolamento ai decreti	vedi scheda progetto	S.C. Affari Generali	25	25	La revisione del protocollo operativo aziendale relativo al sistema di gestione diretta del rischio RCT/O è statoproposto nei termini con repertorio n.635 del 19/12/2018 regolarmente deliberato e pubblicato ai sensi di legge	25	😊	25	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalle schede allegate		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	vedi relazione RPD	15	😊	15	😊😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10	vedi relazione RPCT	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	obiettivo raggiunto come evidenziato dalla relazione obiettivi budget 2018 del Direttore della S.C. - Id n.6459961 del 29/01/2019	20	😊	20	😊😊
TOTALE PESO SCHEMA BUDGET									100		100	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	nel corso dell'anno l'offerta formativa FAD è stata implementata come si evince dal Monitoraggio Obiettivi Budget 2018 - Id n. 64435334-1.17/13 del 21/01/2019	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	obiettivo raggiunto nei tempi previsti	25	😊	25	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	obiettivo raggiunto nei tempi previsti	15	😊	15	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10	vedi relazione RPCT	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	Incontri effettuati il 22/11/2018 e 18/12/2018 con la Direzione in cui è stata predisposta la documentazione relativa a Mission della SC, rielaborazione dell'organigramma e stesura degli elementi di input e output dei processi della SC	20	😊	20	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	obiettivo raggiunto come si evince dalla nota Id 64639094 del 31/01/2019 ad oggetto : Raggiungimento obiettivi scheda di budget ex S.C. OSRU 2018	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	obiettivo raggiunto come si evince dalla nota Id 64639094 del 31/01/2019 ad oggetto : Raggiungimento obiettivi scheda di budget ex S.C. OSRU 2019	25		25	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalle schede allegate		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	obiettivo raggiunto come si evince dalla nota Id 64639094 del 31/01/2019 ad oggetto : Raggiungimento obiettivi scheda di budget	15		15	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	10	10	vedi relazione RPCT	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	a seguito della partecipazione al corso aziendale tenutosi in data 22/11/2018 ed in data 18/12/2018, la Struttura ha puntualmente adempiuto alle fasi procedurali relative alla conoscenza dei meccanismi organizzativi per il miglioramento continuo e preparazione alla Certificazione ISO2015, assolvendo altresì alle attività propedeutiche allo studio dei processi amministrativi mediante la compilazione della modulistica predisposta	20		20	
						100	100		100		100	

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	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRI	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.	Come da comunicazione del Direttore del Bilancio agli atti il monitoraggio mensile è stato fatto. Obiettivo raggiunto.	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	Come da comunicazione del Direttore del Bilancio agli atti il progetto non è stato completato in quanto Regione non ha provveduto a formalizzare le linee guida in ambito costi/debiti e tesoreria/cassa. Obiettivo raggiunto in considerazione dell'intervento di Regione /A.Li.Sa. che non ha ancora formalizzato le linee guida, vincolanti per le aziende, che saranno deliberate nel corso del 2019	10	☺	10
evidenza istruzioni operative				Entro 31/10/2018 istruzioni operative area debiti	vd sopra	10	☺	10	☺
evidenza delibera di aggiornamento del regolamento di contabilità sugli aspetti trattati				Entro 31/12/2018 proposta delibera	vd sopra	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	Come da comunicazione del Direttore del Bilancio agli atti le stampe di controllo sono state effettuate; i i tempi di pagamento sono stati ridotti Obiettivo raggiunto	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"	Come da comunicazione del Direttore del Bilancio agli atti, nonostante non si sia proceduto all'attivazione della piattaforma a seguito dell'intervento di A.Li.Sa che ha ritenuto opportuno omogeneizzare le procedure di tutte le aziende liguri L'obiettivo è stato raggiunto e tutta la attività propedeutica eseguita	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	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPD	11,25	☹️	11,25	☹️
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPCT	2	☹️	2	☹️
	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	Il processo di certificabilità è stato attivato e la Struttura ha partecipato a n. 2 riunioni tenutesi a fine novembre e fine dicembre.	20	😊	20	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						93,25	0	93,25	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Entro il 30/06/2018 Entro il 31/07/2018	PRO.GEST. FOR./ BILANCIO/ CCD	15	15	1° verbale della Commissione stilato in data 06/11/2018	15	😊	15	😊
	2	Flussi	Allineamento flussi traccia con flussi erogato (Farmaci)	Entro 31/12/2018	CCD	10	10	Tale attività è stata regolarmente svolta nel corso dell'anno 2018, in concomitanza dell'avvio dei diversi contratti. L'attività è verificabile in sede di consultazione del sopra citato programma informatico	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	40 giorni entro il 31/07/2018	BIL	25	25	Dalla tabella riassuntiva della relazione scheda budget 2018 si evincono i tempi di liquidazione relativi ai singoli mesi ed alla media mensile dell'anno 2018 pari a 46,23.	18,75	😐	18,75	😐
	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	La procedura è stata revisionata entro il 15/06/2018, pubblicata entro il 30/06/2018 ed applicata dalla Commissione a far data dal 27/09/2018.	10	😊	10	😊
71	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	vedi relazione RPD	15	😊	15	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabili PCT	5	5	vedi relazione RPCT	5	😊	5	😊

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PROGETTI	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	obiettivo raggiunto come descritto dal resoconto predisposto dal Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo	20	😊	20	😊

93,75

93,75

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	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	1	Gestione parco auto	Progetto gestione informatizzata del parco auto	Presentazione progetto entro il 30/06/2018	obiettivo raggiunto , rispetto delle tempistiche come evidenziato dalla n. ID 62365021 del 09.10.2018	20	😊	20	😊
	2	Gestione dei fuori uso	Predisposizione aggiornamento della procedura organizzativa e operativa PAC	Provvedimento di aggiornamento entro il 31/05/2018	obiettivo raggiunto , rispetto delle tempistiche come evidenziato dalla relazione ricevuta via mail il 18.04.2019	20	😊	20	😊
	3	Commissione acquisti	Predisposizione aggiornamento della procedura organizzativa e operativa PAC	Provvedimento di aggiornamento entro il 30/06/2018	con Del.n.487 del 31.10.2018 viene istituita la Commissione Investimenti chiamata ad esprimere parere anche per impegni di spesa superiori alla soglia comunitaria	15	😐	15	😐
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	obiettivo raggiunto	15	😊	15	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPCT	3,5	😐	3,5	😐
	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	Il processo di certificabilità è stato attivato e la Struttura ha partecipato a n. 2 riunioni tenutesi a fine novembre e fine dicembre.	20	😊	20	😊
						93,5		93,5	














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	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	FLUSSI	Integrazione dei flussi con record riferiti a attività in convenzione	Incremento quantitativo dei record per attività ambulatoriale	<i>Ccd</i>	15	15	Il programma andava implementato anche con i dati dei programmi di Radiologia e di laboratorio. I dati in oggi sono presenti a sistema.	15	😊	15	😊
	PERFORMANCE	1	Aggiornamento Anagrafiche COAN sulla base del nuovo Atto Aziendale e POA	Fattori Produttivi	Entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto	<i>SIA/Ccd</i>	15	15	obiettivo raggiunto nelle tempistiche concordate	15	😊	15
Centri di Costo/Responsabilità				Entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto	<i>SIA/Ccd</i>	15	15	15		😊	15	😊
Raggruppamenti e allineamento con Debiti informativi interni ed esterni				Entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto	<i>CCD</i>	15	15	15		😊	15	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>affari Generali</i>	15	15	vedi relazione RPD	15	😊	15	😊
	1	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>RPCT</i>	5	5	vedi relazione RPCT	4	😐	4	😐
	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	<i>CCD</i>	20	20	Il processo di certificabilità è stato attivato e la Struttura ha partecipato a n. 2 riunioni tenutesi in data 30/10/2018 e 20/11/2018. Sono state consegnate le schede con l'individuazione dei processi della Struttura e corretti secondo le indicazioni fornite dalla Ditta che segue il progetto	20	😊	20	😊
TOTALE SCHEDA BUDGET									99		99	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	1	Mappatura sicurezza e continuità degli impianti e apparati	Inventario impianti e dispositivi in dotazione	Entro 31/07/2018 mappatura	SSD	30	30	Il documento viene verificato trimestralmente e aggiornato qualora vi siano variazioni, è stato redatto a Dicembre 2017 e aggiornato il 30.06.2018	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	dopo tutte le approvazioni, sono stati attivati n. 12 (dodici) totem; il progetto prosegue e ve ne sono altri 18 pronti per l'installazione. Totale 30 (trenta).	30	😊	30	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	vedi relazione RPD	11,25	😐	11,25	😐
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5	vedi relazione RPCT	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	Il processo di certificabilità è stato attivato e la Struttura ha partecipato a n. 2 riunioni tenutesi a fine novembre e fine dicembre.	20	😊	20	😊
						100	100		96,25		96,25	

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	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note	
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO	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	Il contributo richiesto è stato fornito. Obiettivo raggiunto come evidenziato dalla relazione agli obiettivi 2018 ricevuta via mail il 16.05.2019	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	nei tempi previsti sono stati sgombrati tutti gli spazi dell'ex PSS di Quarto al fine di rendere possibile la riconsegna dei padiglioni non più di proprietà ad ARTE. L'obiettivo è stato raggiunto come evidenziato dalla relazione agli obiettivi 2018 ricevuta via mail il 16.05.2019	20		15	
2		DSS 10: Analisi delle strutture territoriali (Pastorino- Bonghi)	Rispetto cronoprogramma	Entro il 31/12/2018 analisi e cronoprogramma	L'analisi delle strutture ha permesso l'individuazione di una nuova sede quale Palazzo della Salute della Valpolcevera. Obiettivo raggiunto	15		15		
3		SERT DSS 9 attualmente sito presso Celesia: Analisi soluzioni logistiche	Rispetto cronoprogramma	Entro il 31/12/2018 rispetto cronoprogramma	L'analisi delle soluzioni logistiche non ha portato ad individuare soluzioni operative.	11,25		11,25		
4		Gestione Autorizzazioni sanitarie	definizione procedura contenente standard operativi per lavori nelle strutture finalizzato ad ottenere autorizzazioni sanitarie ed accreditamento 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	E' stato realizzato un programma di gestione per la realizzazione di un archivio informatico della documentazione tecnica ed impiantistica per struttura	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	Risultati attesi anno 2018	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPD	15	😊	15	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	vedi relazione RPCT	1,5	😐	1,5	😐
	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	la parte di attività di competenza della Struttura è stata portata avanti. L'obiettivo è stato raggiunto. Rendicontazione della Struttura ricevuta via mail il 16.05.2019	20	😊	20	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						93		92,75	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Struttura Complessa Riqualificazione Edilizia
Direttore Ingegnere Benedetto Maccio'

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Il contributo richiesto è stato fornito. Obiettivo raggiunto come evidenziato dalla relazione agli obiettivi 2018 del Direttore S.C. Programm., Gestione Lavori e Risparmio Energetico ricevuta via mail il 16.05.2019	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	nei tempi previsti sono stati sgomberati tutti gli spazi dell'ex PSS di Quarto al fine di rendere possibile la riconsegna dei padiglioni non più di proprietà ad ARTE. L'obiettivo è stato raggiunto come evidenziato dalla relazione agli obiettivi 2018 ricevuta via mail il 14.05.2019	20	😊	20	😊
	2	DSS 11 (CSM): Analisi delle strutture territoriali (Via Peschiera)	Rispetto cronoprogramma	Entro il 31/12/2018 analisi e rispetto cronoprogramma	Direttore Dipartimento Tecnico	15	15	Gli interventi necessari alla messa a norma della struttura di Via Peschiera erano interventi di tale portata da non essere giustificati se eseguiti su una struttura vecchia (i risultati non sarebbero stati comunque garantiti) e non di proprietà. Per tale motivo l'Azienda ha preferito prendere in affitto una struttura in Corso Paganini 3 per la cui messa a norma, in questo caso garantita, è stato realizzato il progetto. I lavori saranno ultimati nel mese di aprile 2019.	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	E' stata prevista la messa a norma antincendio della struttura con presentazione di SCIA e progetto ai VVF.	15	😊	15	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	vedi relazione RPD	15	😊	15	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5	vedi relazione RPCT	1,5	😊	1,5	😊
	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	la parte di attività di competenza della Struttura è stata portata avanti. L'obiettivo è stato raggiunto, vedi relazione agli obiettivi 2018 del Direttore S.C. Programm., Gestione Lavori e Risparmio Energetico ricevuta via mail il 16.05.2019	20	😊	20	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									96,5		96,5	















SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.C. Sistemi Informativi Aziendali
Dottorssa Luisa Pareto

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Il documento viene verificato trimestralmente e aggiornato qualora vi siano variazioni, è stato redatto a Dicembre 2017 e aggiornato il 30/06/2018.	20	😊	20	😊
	2	Studio di fattibilità sw per gestione archivio autorizzazioni		Al 31/7 evidenza software	Progr.Lavori e Resp.Energ	20	20	Il sw è stato rilasciato e messo in produzione il 10/05/2018	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	Sono stati riverificati con esito positivo gli invii del flusso SDO. Per quel che riguarda la specialistica ambulatoriale sono stati recuperati i record relativi alle attività in convenzione e rinviate nei relativi flussi con il tag "tipo onere 4". I record trasmessi sono stati incrementati di circa il 2,1%. Interni: sono stati trasmessi i tracciati al CCD per tutti i mesi del 2018 contenenti le informazioni richieste	20	😊	20	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	Vedi relazione RPD	15	😊	15	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5	vedi relazione RPCT	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	La S.S.D. ha completato tutte le attività di propria competenza nei termini previsti	20	😊	20	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									100		100	



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	Risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	1	Realizzazione del Piano investimenti approvato	SAL periodico	Completamento degli acquisti programmati	CCD	10	10	obiettivo raggiunto come evidenziato dalla relazione finale obiettivi budget 2018 ricevuto via mail il 26/04/2019	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	obiettivo raggiunto come evidenziato dalla relazione finale obiettivi budget 2018 ricevuto via mail il 26/04/2020	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	tutte le procedure e le istruzioni operative sono state inviate al Bilancio nei tempi previsti	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	Provv			in data 05/02/2018 il Nucleo di Valutazione si è riunito ed ha approvato il Piano Acquisti elettromedicali per l'anno 2018				
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	La S.S.D. ha completato tutte le attività di propria competenza nei termini previsti	10	😊	10	😊	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	vedi relazione RPD	15	😊	15	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5	vedi relazione RPCT	5	😊	5	😊
PROGETTI	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	La S.S.D. ha completato tutte le attività di propria competenza nei termini previsti. Vedi relazione obiettivi budget anno 2018 ricevuta via mail il 26.04.2018	20	😊	20	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Patrimonio
Ingegnere Francesco Zampini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità	10	10	In relazione all'obiettivo in questione è stata realizzata la Istruzione operativa IO-CS-001 Percorso Attuativo della Certificabilità - area I "Debiti" - Istruzione operativa: Contabilità Struttura - Liquidazioni	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	Direttore S.C. Bilancio e Contabilità	10	10	Obiettivo raggiunto come illustrato dalla nota n. 68742 del 17.05.2019 della SSD Patrimonio conservata agli atti	10		10	
	3	DSS 10: Analisi delle strutture territoriali (Pastorino- Bonghi)	Rispetto cronoprogramma	Entro il 31/12/2018 rispetto del cronoprogramma	Direttore Dipartimento Tecnico	15	15	L'analisi delle strutture ha permesso l'individuazione di una nuova sede quale Palazzo della Salute della Valpolcevera. Obiettivo raggiunto	15		15	
	4	SERT DSS 9 attualmente sito presso Celesia: Analisi soluzioni logistiche	Rispetto cronoprogramma	Entro il 31/12/2018 rispetto del cronoprogramma	Direttore Dipartimento Tecnico	15	15	Nel rispetto del cronoprogramma con nota prot. n. 35484 del 13/03/2018 è stata trasmessa alla S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture ed alle competenti direzioni del SERT la bozza di "Avviso per l'indizione di ricerca di immobili da destinare a SERT del Distretto 9".	15		15	
	5	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	DA	15	15	I sistemi in uso presso la SSD Patrimonio Immobiliare sono stati attentamente analizzati e descritti nel documento dal titolo "Gestione degli immobili di proprietà e in locazione Procedura per la gestione"	15		15	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	15	15	vedi relazione RPD	11,25		11,25	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5	vedi relazione RPCT	5		5	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S.D. Patrimonio
Ingegnere Francesco Zampini

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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 Entro il 30/09/2018 Entro il 31/10/2018 Entro il 31/12/2018	CCD	15	15	Nei mesi di novembre e dicembre è stato presentato il progetto nel corso di una serie di incontri svoltisi per aree omogenee. Il 13/12/2018 è stato trasmesso il documento "Studio e gestione dei processi dell'Area Amministrativa dell'ASL 3 Regione Liguria per il miglioramento delle performance" compilato per la parte di competenza della struttura.	15		15	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		96,25		96,25	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Staff Direzione Generale
Servizio di Prevenzione e Protezione

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	punti comparto	Referente	risultati raggiunti al 31/12/2018	punti comparto	note	
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	30	DG/DA/DS /CCD	Sono stati effettuati n. 5 audit presso le strutture territoriali: Via Assarotti, Via Bainsizza; Via Camozzini, Celesia Via P.N. Cambiaso e Via Struppa.	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.	30	DG/DA/DS /CCD	Il materiale è stato pubblicato entro il 30/06/2018. Durante i percorsi formativi sono stati "condivisi" i dati riguardanti le principali cause di infortunio tra cui le cadute.	30	😊	😐
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	15	SC Affari Generali	vedi relazione RPD	15	😊	😞
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	5	Responsabile PCT	vedi relazione RPCT	2,5	😐	
	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	20	CCD	Il processo di certificabilità è stato attivato e la Struttura ha partecipato a n. 2 riunioni tenutesi a fine novembre e fine dicembre.	20	😊	

TOTALE PESO SCHEDA BUDGET

97,5














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	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
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	Rispetto tempi di progetto in relazione alle attività richieste dal Capo Progetto	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	Si è provveduto a realizzare il Piano di Comunicazione triennale in tempi e modalità congrue al nuovo assetto Aziendale	30	😊	30	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	15	15	vedi relazione RPD	15	😊	15	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	5	5	vedi relazione RPCT	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	L'obiettivo è stato raggiunto come evidenziato dalla relazione obiettivi scheda budget 2018 Id.n.65906708 del 04.04.2019	20	😊	20	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

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	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	note	Punti comparto	note
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	In data 11.12.2019 è stata inviata al Collegio di Direzione la procedura operativa relativa all'attività libero professionale intramoenia degenziale	20	😊	20	😊
	2	Revisione degli spazi ad uso L.P.I. allargata Sedi: XII Ottobre Fiumara Villa Scassi	Verifica fattibilità	Entro il 31/05/2018 elaborazione Piano	DA	obiettivo raggiunto come chiaramente evidenziato dalla nota ID 66127994 del 18.04.2019	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	in data 23.04.2018 è stato inviato alla S.C. SIA l'elenco di tutte le prestazioni con branca non definita con un nuovo codice identificativo collegato alla branca di appartenenza	20	😊	20	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	vedi relazione RPCT	4,5	😐	4,5	😐
	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	In data 20.11.2018 incontro finalizzato alla presentazione del progetto. In data 18.12.2018 trasmissione report contenente la mission della struttura, l'organigramma e l'elenco dei partecipanti. In data 20.12.2018 incontro finalizzato all'analisi dei dati inviati.	20	😊	20	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET							99,5		99,5	







SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
S.S. Servizio Ispettivo
Responsabile Dott. Alessandro Cataldo

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Punti dirigenza	Punti comparto	Referente	risultati raggiunti al 31/12/2018	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note
PERFORMANCE	1	Definizione Piano delle verifiche Ispettive Check List	Elaborazione del piano delle verifiche Verifiche Check List condivisa con la DA	Entro il 31/03/2018 comunicazione del Piano al DA (Individuazione di una Commissione di Valutazione)	30	30	DA	Riunione con D.A. 12 marzo 2018	30		30	 
	2	Realizzazione del Piano delle verifiche	Strutture da verificare (450 circa)	Entro il 31/12/2018 almeno il 70%	30	30	DA	Effettuato report al Direttore Amministrativo al 31/12/2018	30		30	 
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	15	15	SC Affari Generali	vedi relazione RPD	15		15	 
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	5	5	Responsabile PCT	vedi relazione RPCT	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	20	20	CCD	Verbali incontri e firme presenza. Documenti inviati a Struttura Qualità entro i termini richiesti come evidenziato dalla rendicontazione degli obiettivi di budget ricevuta il 18.04.2019	20		20	
TOTALE PESO SCHEDE BUDGET									100		100	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2018
Segreterie Direzionali

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti comparto	risultato raggiunto al 31/12/2018	Punti comparto	Note	
PERFORMANCE	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	L'obiettivo è stato raggiunto nei tempi previsti come illustrato nella relazione della Struttura ricevuta via mail il 16/05/2019	40	😊	😊
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>SC Affari Generali</i>	15	<i>vedi relazione RPD</i>	15	😊	😐
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>Responsabile PCT</i>	10	<i>vedi relazione RPCT</i>	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	Il personale ha partecipato agli incontri organizzati ed ha redatto la documentazione di mappatura dell'organigramma e delle attività della Segreteria Direzionale come richiesto dal progetto nei termini previsti.	35	😊	
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET								100		

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	25	L'obiettivo è stato raggiunto come evidenziato dalla relazione agli atti	25		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	Conseguentemente all' effettuazione di numerose comunicazioni con l'Agenzia delle Entrate-Riscossione, il Servizio Bilancio e il Servizio Legale aziendali, si è proceduto all'adozione del Modello informatizzato definito per iscrizione stessa, l'acquisizione delle autorizzazioni e credenziali per l'inserimento dei dati, l'incontro con il funzionario di riferimento per la predetta Agenzia, al fine di pervenire ad una sintesi normativa e condivisione delle problematiche connesse all'attività, oltre ad un addestramento pratico all'utilizzo della procedura informatica resa disponibile. Si è, quindi, provveduto ad effettuare la trascrizione a ruolo di n. 50 pratiche ancora insolte, relative all'anno 2013. Obiettivo raggiunto	25		25	

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

tema	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti	Punti dirigenza	Note	Punti comparto	Note	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	SC Affari Generali	15	15	vedi relazione RPD	15	😊	15	😊	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	Resp. PCT	5	5	vedi relazione RPCT	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	E' stata assicurata la partecipazione agli incontri aziendali per i quali è intervenuta la relativa convocazione, definita, con i soggetti preposti. si è proceduto all'analisi di taluni processi, prevalentemente connessi alla materia sanzionatoria, di natura trasversale a diverse Strutture ASL (dipartimentali e non) e/o a Strutture ASL ed Enti/soggetti esterni, che vedono il coinvolgimento attivo e la responsabilità della presente Struttura per le fasi e le attribuzioni di relativa competenza; sono stati presi in esame gli aspetti inerenti il rischio, la sicurezza, la corruzione, la privacy, introduzione di audit e quant'altro. Le iniziative risultano attivate nell'ambito sia di processi interni all'Azienda, sia di processi che vedono coinvolti soggetti esterni. Il perseguimento dell'Obtvo prosegue altresì nel corrente anno. L'obiettivo risulta avviato per l'anno di riferimento	20	😊	20	😊	😞
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									100		100		





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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	punti dirigenza	note	punti comparto	note
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Incremento della rendicontazione relativa all'attività svolta per le funzioni di competenza oggetto di flusso verso Comune, Regione o Ministero	Incremento	Ccd	5	0	Come da Mail del Direttore di dipartimento SM del 9/3/2019 agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.	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	Nota Direttore SC Sistemi Informativi: gli scarti medi annuali risultano tutti inferiori al 2%. Obiettivo raggiunto	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	Come da comunicazione ID n.66875907 del direttore della Struttura del 30.5.2019 agli atti la procedura è correttamente applicata. Obiettivo raggiunto.	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	Come da comunicazione ID n.66875907 del direttore della Struttura l'attività è stata svolta nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	20	😊	20	😊
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	Come da comunicazione ID n.66875907 del direttore della Struttura l'attività è stata svolta nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto.	15	😊	15	😊

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	Risultati attesi anno 2018	Referente	Punti dirigenza	Punti comparto	Risultati raggiunti al 31/12/2018	punti dirigenza	note	punti comparto	note
PROGETTI	1	PRIVACY - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>S.C. Affari Generali</i>	10	10	vedi relazione RPD	10	😊	10	😊
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata		Vedi scheda allegata	<i>Resp. PCT</i>	10	10	vedi relazione RPCT	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	Come da comunicazione ID n.66875907 il direttore della Struttura ha partecipato a tutti gli incontri programmati. Obiettivo raggiunto.	15	😊	15	😊
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET						100	100		100		100	

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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017 Ambulatoriale:</i> € 398.770,06	Incremento	Ccd	Come da dati elaborati dalla S.C. Pianificazione Programmazione il confronto dei dati gennaio settembre 2017/2018 evidenzia un incremento di prestazioni (+377 prest.ni equivalenti ad € 3.376,85).		5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	Come da certificazione dei Sistemi Informativi, inviata con ID.n.63467793 del 27.11.2018 agli atti, la qualità dei flussi si è attestata all'interno del margine di tolleranza.		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)		Come da comunicazione mail del Direttore di Distretto agli atti sono stati effettuati entro l' scadenza del 30 giugno i seguenti incontri dei quali sono disponibili i verbali: UVO Galliera 26 giugno UVO San Martino 20 giugno UVO – EOE Voltri 20 giugno UVO Villa Scassi 13 giugno numero pazienti con accesso a 48 ore / Numero segnalazioni ospedaliere per dimissioni 77/81 = 95% Numero accessi a domicilio / questionari somministrati tutti positivi over 75 anni: 0 accessi n.4 pazienti segnalati (2 deceduti, , 1 ricoverato, 1 trasferito in altra città)		10	10
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.	Come da mail del Direttore di Distretto agli atti nel corso dell'anno sono state attivate nuove agende: Reumatologia (a Pegli Lunedì e Venerdì) e Cardiologia (Prà Villa De Mari). Costante è stata la collaborazione con i Direttori del Dipartimento di Cardiologia e del Dipartimento Funzionale dell'Apparato Locomotore. La collaborazione con la S.C. Ortopedia e Traumatologia ha consentito di ovviare alle assenze a vario titolo di Specialisti: come da comunicazione agli atti Prot.n.64348435 del 16.1.2018 nel periodo febbraio - marzo 2018 presso il poliambulatorio di villa De Mari la Dirigenza ha coperto 5 giornate di attività. Sia la S.C. Rieducazione Funzionale sia la SSD Diabetologia monitorano direttamente le agende. Obiettivo raggiunto		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	Risultati raggiunti	Note	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		<p>Come da comunicazione mail agli atti la mappatura destinazione ambienti e il piano di riorganizzazione utilizzo spazi sono stati portati a termine. Il controllo, riferito sia all'aspetto igienico organizzativo sia a quello ambientale, è effettuato ogni 45 gg con apposita check list. Nel corso del 2018 sono stati messi a disposizione ed assegnati idonei spazi per l'attività libero professionale.</p>	😊	10	5
	4	Obiettivi specifici: Attività di supervisione e controllo e rispetto del cronoprogramma sull'apertura delle nuove sedi di Martinez e Coproma.			Entro scadenza contrattuale		<p>Con comunicazione prot. 61245385 del 1/8/2018 agli atti è stata esplicitata l'attività prevista dall'obiettivo. Con successiva comunicazione mail agli atti è stata accolta l'ulteriore richiesta di finanziamento per Coproma che consentirà di allocare in struttura la S.C. Medicina Legale, Area Donazioni Sangue a Gestione S.C.Trasfusionale ed il 118.</p>	😊	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	<p>Come da comunicazione avvenuta a nezzo mail agli atti:- proattività/empowerment per la prevenzione cadute attuata attraverso la compilazione di scheda di Valutazione Fisioterapica di ogni utente preso in carico per ogni ogni distretto socio sanitario: 100% degli utenti presi in carico.</p> <p>- indicazioni-prescrizione (a fine trattamento fisioterapico) per Autotrattamento nelle Adl o negli esercizi " c.d. blocco esercizi" (con impegno o all'utente o al care giver o a entrambi) oppure avvio ad AFA presso le Associazioni, degli utenti con criteri di inclusione con indicazione o all'utente o al care giver o a entrambi attuato sull'80%</p>	😊	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	<p>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018: è stata inviata procedura per l'approvazione ai Direttori di Distretto in data 18 aprile: 10 agosto inviata procedura per procedere alla raccolta firme; Il conferimento di incarico di Direttore Socio Sanitario al Dr. Sampietro, ha richiesto di posticipare la data di implementazione al fine di ottenere il Suo assenso all'applicazione della procedura.</p> <p>La procedura è stata approvata con firma dal Dr. Sampietro in data 09.11.2018 e dal 22.11.2018 è disponibile sul sito intranet aziendale</p>	😊	0	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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	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	<i>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 date degli audit: effettuati sono il 13 giugno e 12 dicembre. I responsabili infermieristici di Distretto hanno condotto gli audit in presenza dei coordinatori delle CD dei 6 Distretti; sono state verificate 12 cartelle al primo incontro e altre 12 cartelle saranno verificate in occasione del secondo incontro. Seguirà condivisione delle criticità e delle azioni di miglioramento.</i>			
	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	<i>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 tutte le attività sono state effettuate entro le date previste:18 aprile costituzione gruppo di lavoro; 24 aprile riunione gruppo di lavoro per la definizione della scheda semplificata; 11 maggio trasmissione bozza nuova scheda di segnalazione da parte del gruppo di lavoro al Direttore di Dipartimento Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 14 maggio approvazione del documento da parte della Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 15 maggio comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore SC Cure Primarie Dr. Lorenzo Bistolfi con richiesta di incontro;20 settembre comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore Socio Sanitario Dr. Sampietro relativamente alla mancata risposta da parte del Dr. Bistolfi ed invio della nuova scheda</i>	😊	5	10
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>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato redatto il Manuale di gestione Distretto e i relativi processi : (codice GEN-DSS-MGD-Manuale Gestione Distretto-00 13.09.2018;) (Processi: DSS-D10-DGP-RSA Anziani -00 16.07.2018; GEN-DSS-DGP-specialistica ambulatoriale-00 29.06.2018; GEN-DSS-DGP-Integrazione Socio Sanitaria-00 15.06.18; GEN-DSS-DGP-Assistenzaprotetica-00 04.07.18.)</i> • <i>Inviata check list di monitoraggio Marzo 2018 e incontro con ritorno delle stesse il 03/05/2018 presso sala riunioni Via Bertani (foglio firma ad evidenza e check compilate);</i> • <i>Audit di parte prima mercoledì 08 Novembre 2018 sullo stato dell'arte del rinnovo dell'accredimento istituzionale da parte di ALISA</i>			
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE Cure domiciliari	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (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 <small>(La documentazione per il mantenimento dell'accredimento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)</small>	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	<i>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato effettuato Aggiornamento del processo GEN-DSS-DGP-cure domiciliari -00 19-07-2018.</i>	😊	10	10
			Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)				<i>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 l'obiettivo è stato pienamente raggiunto.</i>			

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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE Martinez	Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 14001		Entro settembre 2018 Audit 1 parte (La documentazione per il mantenimento dell'accreditamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)		Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 per ciò che concerne l'implementazione del Sistema Gestione Ambientale secondo Norma ISO 14001:2015, sono stati eseguiti incontri con il Servizio tecnico Studio Emmeffe compresa giornata formativa il 20/11/2018 con il personale della Struttura (foglio Firma) e Audit di parte prima il 25/09 c.a. come da verbale agli atti.			
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 28/02/2018 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	In base alla nota di esito id. n. 63838988 del 20/12/2018 si ritiene che il percorso audit clinico sia stato completato nei modi e nei tempi conformi a quanto espresso nel Manuale Ministeriale.	😊	5	5
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	Come da comunicazione agli atti sono state realizzate tutte le attività previste nella scheda Privac. Obiettivo raggiunto.	😊	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	Come da monitoraggio effettuato dal Resp. PCT, agli atti, gli obiettivi sono stati raggiunti.	😊	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	Come da documentazione agli atti entro il 30/4 è stata inviata, da parte del Direttore di Distretto, mail di adesione per Palazzo Salute di Pegli, Poliambulatori di Villa De Mari Prà e Piazza Golgi Arenzano. In data 13/4 è stato inviato ad A.Li.Sa. il progetto di interfaccia unica. Con Determinazione Dirigenziale n.189 del 29.6.2018 è stata affidata la fornitura di n.8 TOTEMKIOSK.	😊	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



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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017 Ambulatoriale:</i> € 722.453,83	Incremento	Ccd	Confrontando il periodo gennaio settembre 2017 con lo stesso periodo per il 2018 si delinea un aumento delle prestazioni sia come numero (+ 1.306) che come importo (€ 34.160)	😊	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	Come da certificazione dei Sistemi Informativi, inviata con ID.n.63467793 del 27.11.2018 agli atti, la qualità dei flussi si è attestata all'interno del margine di tolleranza.	😊	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)		Come da comunicazione mail del Direttore di Distretto agli atti i gli incontri sono stati effettuati entro la scadenza prevista: UVO Galliera 26 giugno UVO San Martino 20 giugno UVO – EOE Voltri 20 giugno UVO Villa Scassi 13 giugno Ad oggi (dati mese di ottobre) numero pazienti con accesso a 48 ore /Numero segnalazioni ospedalieri per dimissioni 78/85=92% (dati mese ottobre 2018) Dei 237 pz segnalati nessuno aveva le caratteristiche richieste. Sono stati comunque presi in carico 7 pz, ritenuti più fragili e sono stati effettuati diversi accessi. Obiettivo raggiunto.	😊	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/D irezione sanitaria aziendale.	Come da Mail pervenuta del 16.1.2019 conservata agli atti è stato attivato tavolo aziendale con direzione sanitaria : richiesta implementazione dopo crollo morandi prot. n° 124969 del 21-09-2018 di: 15 ore Cardiologia in accordo con Dott. Domenicucci (10 fiamara 5 Soliman), di 4 ore di Reumatologia (Soliman) in accordo con Dott. Bianchi, di 8 ore di Ortopedia Soliman; integrazione ospedale territorio ormai consolidata con S.S.D. Diabetologia-Endocrinologia con il trasferimnto degli ambulatori presso la sede di Fiumara dal P.O. Villa Scassi. Obiettivo raggiunto.	😊	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	Risultati raggiunti	Note	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		<p><i>Come da comunicazione avvenuta a mezzo mail il 29.11.2018 agli atti la mappatura aggiornata degli ambienti delle strutture di Fiumara e Soliman è stata completata ad ottobre 2018 ed è stata allegata ai relativi piani di emergenza ed evacuazione ; è stata fornita evidenza del Piano di riorganizzazione dell'utilizzo degli spazi da destinare a servizi erogati alla persona (la relazione dettagliata conservata agli atti); è stato creato procedura per il controllo mensile a carico della Direzione di Staff distrettuale e gestione degli ambienti dopo coinvolgimento di tutte le strutture afferenti al Palazzo della Salute tramite nota prot. n° 63049010 del 2-11-2018;</i></p> <p><i>sono stati individuati gli spazi distrettuali mediante l'individuazione di nuovi spazi, la revisione/ razionalizzazione di spazi esistenti (relazione di dettaglio agli atti).</i></p>	😊	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		<p><i>Il piano di riorganizzazione finalizzato all'utilizzo degli spazi relativamente alla sede di Fiumara è stato inviato all S.C. Pianificazione Programmazione e Controllo a mezzo mail in data 29.11.2018. Sono stati attivati per servizi alla persona: Stanza 18 primo piano, Stanza 16 Piano terra ed è stata fatta opera di revisione/razionalizzazione/spostamento di molti ambulatori specialistici di Fiumara (Reumatologia, Ortopedia e Dermatologia, Servizio di Riabilitazione Territoriale e Medicina dei Profughi, Screening Mammografico e Sportello prevenzione gioco d'azzardo ecc...)</i></p>	😊	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	<p><i>Come da comunicazione avvenuta a mezzo mail agli atti: proattività/empowerment per la prevenzione cadute attuata attraverso la compilazione di scheda di Valutazione Fisioterapica di ogni utente preso in carico per ogni distretto socio sanitario: 100% degli utenti presi in carico.</i></p> <p><i>- indicazioni-prescrizione (a fine trattamento fisioterapico) per Autotrattamento nelle Adl o negli esercizi " c.d. blocco esercizi" (con impegno o all'utente o al care giver o a entrambi) oppure avvio ad AFA presso le Associazioni, degli utenti con criteri di inclusione con indicazione o all'utente o al care giver o a entrambi attuato sull'80%</i></p>	😊	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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	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	<p>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018: è stata inviata procedura per l'approvazione ai Direttori di Distretto in data 18 aprile: 10 agosto inviata procedura per procedere alla raccolta firme; Il conferimento di incarico di Direttore Socio Sanitario al Dr. Sampietro, ha richiesto di posticipare la data di implementazione al fine di ottenere il Suo assenso all'applicazione della procedura. La procedura è stata approvata con firma dal Dr. Sampietro in data 09.11.2018 e dal 22.11.2018 è disponibile sul sito intranet aziendale</p>		0	10
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		<p>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 date degli audit: effettuati sono il 13 giugno e 12 dicembre. I responsabili infermieristici di Distretto hanno condotto gli audit in presenza dei coordinatori delle CD dei 6 Distretti; sono state verificate 12 cartelle al primo incontro e altre 12 cartelle saranno verificate in occasione del secondo incontro. Seguirà condivisione delle criticità e delle azioni di miglioramento.</p>			
	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	<p>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 tutte le attività sono state effettuate entro le date previste: 18 aprile costituzione gruppo di lavoro; 24 aprile riunione gruppo di lavoro per la definizione della scheda semplificata; 11 maggio trasmissione bozza nuova scheda di segnalazione da parte del gruppo di lavoro al Direttore di Dipartimento Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 14 maggio approvazione del documento da parte della Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 15 maggio comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore SC Cure Primarie Dr. Lorenzo Bistolfi con richiesta di incontro; 20 settembre comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore Socio Sanitario Dr. Sampietro relativamente alla mancata risposta da parte del Dr. Bistolfi ed invio della nuova scheda</p>		5	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	Risultati raggiunti	Note	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	<p>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato redatto il Manuale di gestione Distretto e i relativi processi : (codice GEN-DSS-MGD-Manuale Gestione Distretto-00 13.09.2018;) (Processi: DSS-D10-DGP-RSA Anziani -00 16.07.2018; GEN-DSS-DGP-specialistica ambulatoriale-00 29.06.2018; GEN-DSS-DGP-Integrazione Socio Sanitaria-00 15.06.18; GEN-DSS-DGP-Assistenzapotesica-00 04.07.18.)</p> <p>• Inviata check list di monitoraggio Marzo 2018 e incontro con</p>	☺	10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE <i>Cure domiciliari</i>	<p>Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredimento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p>Certificazione: 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>	<p>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato effettuato Aggiornamento del processo GEN-DSS-DGP-cure domiciliari -00 19-07-2018.</p>		☺	0	0	
							<p>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stata completata la transizione alla ISO 9001 ed 2015 come da certificato rilasciato dall'Ente di Certificazione RINA il 18/08/2018 e presente sulla intranet aziendale e sul Sito web alla sezione Qualità.</p>	☺	0	0
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)	<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	<p>In base alla nota di esito id. n. 63839040 del 20/12/2018 si ritiene che il percorso audit clinico sia stato completato nei modi e nei tempi conformi a quanto espresso nel Manuale Ministeriale.</p>	☺	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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	Come da comunicazione ID.n.63143002 del 7.11.2018 agli atti tutti gli obiettivi sono stati raggiunti.		10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	Come da monitoraggio effettuato dal Resp. PCT, agli atti, gli obiettivi sono stati raggiunti.		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	In data 13/4 è stato inviato ad A.Li.Sa. il progetto di interfaccia unica. Con Determinazione Dirigenziale n.189 del 29.6.2018 è stata affidata la fornitura di n.8 TOTEMKIOSK.		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

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	Risultati raggiunti	Note	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	Ccd	Rispetto al 2017 si è registrato un incremento di 1.033 prestazioni ambulatoriali, corrispondenti ad un importo pari ad € 15.328,07. Obiettivo raggiunto	😊	5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	Come da certificazione dei Sistemi Informativi, inviata con ID.n.63467793 del 27.11.2018 agli atti, la qualità dei flussi si è attestata all'interno del margine di tolleranza.	😊	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)		Come da comunicazione del Direttore del Distretto ID.n.63143002 del 7.11.2018 conservata agli atti : a) Sono stati svolti i seguenti incontri, di cui sono disponibili i relativi verbali, con le UVO al fine di condividere le modalità di segnalazione Incontri: UVO Galliera 26 giugno UVO San Martino 20 giugno UVO – EOE Voltri 20 giugno UVO Villa Scassi 13 giugno A partire da gennaio 2018 sono stati segnalati al distretto 10 n. 146 pazienti in dimissione dai reparti ospedalieri: per tutti i pazienti è stato garantito il primo accesso infermieristico entro le 48h dalla dimissione (100% obiettivo). b) Per quanto riguarda gli accessi da parte del personale delle cure domiciliari (infermieri e/o medico geriatra) per i pazienti ultra75 in assenza di bisogno sanitario manifesto e individuati tramite la compilazione del questionario SUNFRAIL si registrano i seguenti dati: 7 segnalati di cui 6 casi sanitari e 1 caso sociale (inviato all'attenzione dell'assistente sociale, il paziente risulta in lista per RSA) (obiettivo raggiunto)	😊	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.	Come da comunicazione del Direttore del Distretto ID.n.63143002 del 7.11.2018 conservata agli atti fronte delle dimissioni di numerosi Medici Specialisti Convenzionati Interni e alla conseguente ricaduta sui tempi di attesa, il DSS ha provveduto, attraverso l'esercizio delle Prelazioni, a bandire e, quindi, ricoprire le ore andate perdute con aggiustamenti ed incrementi mirati a favorire la popolazione vittima dei limiti viari intervenuti a seguito del crollo del ponte Morandi che hanno colpito la popolazione del DSS 10. Incremento ore di 19 h/sett.li di Cardiologia: 5h/sett.li in via Bonghi; 13 h/sett.li ex P.O. Celesia 1 h/sett.li in via Canepari . Incremento ore di 14 h/sett.li di Dermatologia: 5h/sett.li via Canepari, 5 h/sett.li via Bonghi, 4 h/sett.li ex P.O. Celesia Incremento di 5 h/sett. di Neurologia via Bonghi Incremento di 17 h/sett. di Oculistica: 9 h/ sett.li in via Canepari; 4 h/sett. ex P.O. Celesia; Richieste 4 h/sett per Borgo Fornari, in attesa di pubblicazione attraverso prelezioni. Oltre all'incremento della produttività (vedi obiettivo n° 1 dell'area contributo all'equilibrio economico), si è registrato una significativa diminuzione dei tempi di attesa nelle branche specialistiche interessate.	😊	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	Risultati raggiunti	Note	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		<p>Come da comunicazione ID.n.63143002 del 7.11.2018 conservata agli atti nel Distretto 10 l'organizzazione degli spazi è in continuo divenire e ha subito ritardi nell'assegnazione degli stessi per le criticità sotto indicate.</p> <p>La mappatura della destinazione degli ambienti ove viene svolta attività distrettuale è in via di definizione.</p> <p>Si sta procedendo, inoltre, ad una rivisitazione del piano di emergenza per le varie sedi, anche in conseguenza delle nuove destinazioni d'uso.</p> <p>Criticità</p> <p>L'EMERGENZA CROLLO PONTE MORANDI ha comportato la modifica di alcuni piani organizzativi, dovendo garantire l'implementazione di servizi in sedi strategiche per la popolazione del Distretto 10, come per es. via Canepari.</p> <p>La sede di via Canepari, inoltre, è stata oggetto di un'importante ristrutturazione.</p> <p>Vincoli burocratici/ tecnici/ economici dovuti a competenze del Dip Infrastrutture hanno provocato un ritardo nel trasferimento di alcuni Servizi, come per es. ambulatorio Igiene, Cure Palliative e ambulatori di pediatria e ginecologia da via Bonghi al Pastorino, che saranno conclusi, presumibilmente non prima del 2023. In considerazione delle imprevedibili criticità riscontrate l'obiettivo si intende raggiunto.</p>	😊	10	5
	4	Obiettivi specifici: Riorganizzazione spazi distrettuali di Via Bonghi e contestuale implementazione delle attività del Quartiere Diamante in collaborazione con il Municipio e con il Comune di Genova. Attività di supervisione, controllo e rispetto del cronoprogramma relativo alle progettualità sull'area dell'ex Ospedale Pastorino.			Entro scadenza contrattuale		Come da comunicazione ID.n.63143002 del 7.11.2018 tutti gli obiettivi indicati sono stati raggiunti.	😊	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	Come da comunicazione avvenuta a mezzo mail agli atti-proattività/empowerment per la prevenzione cadute attuata attraverso la compilazione di scheda di Valutazione Fisioterapia di ogni utente preso in carico per ogni distretto socio sanitario: 100% degli utenti presi in carico.	😊	0	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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	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	Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018: è stata inviata procedura per l'approvazione ai Direttori di Distretto in data 18 aprile: 10 agosto inviata procedura per procedere alla raccolta firme; Il conferimento di incarico di Direttore Socio Sanitario al Dr. Sampietro, ha richiesto di posticipare la data di implementazione al fine di ottenere il Suo assenso all'applicazione della procedura. La procedura è stata approvata con firma dal Dr. Sampietro in data 09.11.2018 e dal 22.11.2018 è disponibile sul sito intranet aziendale	😊	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		Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 date degli audit: effettuati sono il 13 giugno e 12 dicembre. I responsabili infermieristici di Distretto hanno condotto gli audit in presenza dei coordinatori delle CD dei 6 Distretti; sono state verificate 12 cartelle al primo incontro e altre 12 cartelle saranno verificate in occasione del secondo incontro. Seguirà condivisione delle criticità e delle azioni di miglioramento.			
	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	Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 tutte le attività sono state effettuate entro le date previste:18 aprile costituzione gruppo di lavoro; 24 aprile riunione gruppo di lavoro per la definizione della scheda semplificata; 11 maggio trasmissione bozza nuova scheda di segnalazione da parte del gruppo di lavoro al Direttore di Dipartimento Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 14 maggio approvazione del documento da parte della Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 15 maggio comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore SC Cure Primarie Dr. Lorenzo Bistolfi con richiesta di incontro;20 settembre comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore Socio Sanitario Dr. Sampietro relativamente alla mancata risposta da parte del Dr. Bistolfi ed invio della nuova scheda	😊	5	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditalmento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accreditalmento 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 accreditalmento	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato redatto il Manuale di gestione Distretto e i relativi processi : (codice GEN-DSS-MGD-Manuale Gestione Distretto-00 13.09.2018;) (Processi: DSS-D10-DGP-RSA Anziani -00 16.07.2018; GEN-DSS-DGP-specialistica ambulatoriale-00 29.06.2018; GEN-DSS-DGP-Integrazione Socio Sanitaria-00 15.06.18; GEN-DSS-DGP-Assistenzaprotetica-00 04.07.18.) • Inviata check list di monitoraggio Marzo 2018 e incontro con ritorno delle stesse il 03/05/2018 presso sala riunioni Via Bertani (foglio firma ad evidenza e check compilate); • Audit di parte prima mercoledì 08 Novembre 2018 sullo stato dell'arte del rinnovo dell'accreditalmento istituzionale da parte di ALISA	😊	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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE <i>Cure domiciliari</i>	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		Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato effettuato Aggiornamento del processo GEN-DSS-DGP-cure domiciliari -00 19-07-2018.			
			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>		Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stata completata la transizione alla ISO 9001 ed 2015 come da certificato rilasciato dall'Ente di Certificazione RINA il 18/08/2018 e presente sulla intranet aziendale e sul Sito web alla sezione Qualità.				

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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	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 28/02/2018 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	In base alla nota di esito id. n. 63839085 del 20/12/2018 si ritiene che il percorso audit clinico sia stato completato nei modi e nei tempi conformi a quanto espresso nel Manuale Ministeriale.		5	5
	2	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	Come da comunicazione ID.n.63143002 del 7.11.2018 agli atti tutti gli obiettivi sono stati raggiunti.		10	10
	3	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	Come da monitoraggio effettuato dal Resp. PCT, agli atti, gli obiettivi sono stati raggiunti.		5	5
		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	In data 13/4 è stato inviato ad A.Li.Sa. il progetto di interfaccia unica. Con Determinazione Dirigenziale n.189 del 29.6.2018 è stata affidata la fornitura di n.8 TOTEMKIOSK.		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

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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017</i> <i>Ambulatoriale:</i> € 722.453,83	Incremento	<i>Ccd</i>	Confrontando i dati disponibili per il 2018 (periodo gennaio settembre) con gli analoghi dell'anno precedente si registra una sostanziale invarianza delle prestazioni, in considerazione della chiusura di numerose agende. Obiettivo Raggiunto	😊	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>	Come da certificazione dei Sistemi Informativi, inviata con ID.n.63467793 del 27.11.2018 agli atti, la qualità dei flussi si è attestata all'interno del margine di tolleranza.	😊	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)		Come da mail del Direttore di Distretto agli atti a gennaio la percentuale di pazienti, visitati a domicilio entro le 48 ore dalla dimissione, con bisogno sanitario manifesto è stata del 75% nei mesi successivi fino al mese di novembre tale percentuale risulta essere del 100 %. EFFETTUATI INCONTRI CON LE uvo U.V.O.: Galliera 26 giugno .UVO San Martino 20 giugno. UVO – EOE Voltri 20 giugno. UVO Villa Scassi 13 giugno. Come da comunicazione agli atti ad oggi sono già stati visitati 5 pz dei 6 pz con positività su tutti gli items.Obiettivo raggiunto.	😊	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/Dirigenza sanitaria aziendale.</i>	Come da mail del Direttore di Distretto agli atti presso il DSS 11 non sono stati attivati turni di assistenza specialistica nelle Branche di Cardiologia Fisiatria, Ortopedia e Diabetologia in quanto non vi era la necessità di coprire i turni vacanti. E' stata richiesta l'attivazione di un turno di Reumatologia (5 h/sett.) per avviare, in accordo con il Direttore della S.C. Reumatologia ed il parere favorevole del Direttore Socio Sanitario, un ambulatorio dedicato alla terapia iniettoria intra articolare di cui si segnala la significativa carenza , legata anche alla carenza di Medici Ortopedici cui storicamente è sempre stata demandata tale pratica clinica.	😊	10	5

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	Risultati raggiunti	Note	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		Come da comunicazione mail agli atti è stata effettuata la mappatura, nominato un coordinatore degli spazi distrettuali, recuperati gli spazi presso la sede di via Assarotti. Obiettivi pienamente raggiunti.	😊	10	5
	4	Obiettivi specifici: Implementazione attività L.P.I.M. c/o la sede di Via XII Ottobre (almeno 50% strutture disponibili utilizzate entro la fine del mandato).			Entro scadenza contrattuale		Come da comunicazione mail agli atti, l'obiettivo è da considerarsi raggiunto.	😊	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	Come da comunicazione avvenuta a mezzo mail agli atti:- proattività/empowerment per la prevenzione cadute attuata attraverso la compilazione di scheda di Valutazione Fisioterapia di ogni utente preso in carico per ogni distretto socio sanitario: 100% degli utenti presi in carico. - indicazioni-prescrizione (a fine trattamento fisioterapico) per Autotrattamento nelle Adl o negli esercizi " c.d. blocco esercizi" (con impegno o all'utente o al caregiver o a entrambi) oppure avvio ad AFA presso le Associazioni, degli utenti con criteri di inclusione con indicazione o all'utente o al caregiver o a entrambi attuato sull'80%	😊	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	Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018: è stata inviata procedura per l'approvazione ai Direttori di Distretto in data 18 aprile: 10 agosto inviata procedura per procedere alla raccolta firme; Il conferimento di incarico di Direttore Socio Sanitario al Dr. Sampietro, ha richiesto di posticipare la data di implementazione al fine di ottenere il Suo assenso all'applicazione della procedura. La procedura è stata approvata con firma dal Dr. Sampietro in data 09.11.2018 e dal 22.11.2018 è disponibile sul sito intranet aziendale	😊	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	Risultati raggiunti	Note	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		<i>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 date degli audit: effettuati sono il 13 giugno e 12 dicembre. I responsabili infermieristici di Distretto hanno condotto gli audit in presenza dei coordinatori delle CD dei 6 Distretti; sono state verificate 12 cartelle al primo incontro e altre 12 cartelle saranno verificate in occasione del secondo incontro. Seguirà condivisione delle criticità e delle azioni di miglioramento.</i>			
	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	<i>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 tutte le attività sono state effettuate entro le date previste:18 aprile costituzione gruppo di lavoro; 24 aprile riunione gruppo di lavoro per la definizione della scheda semplificata; 11 maggio trasmissione bozza nuova scheda di segnalazione da parte del gruppo di lavoro al Direttore di Dipartimento Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 14 maggio approvazione del documento da parte della Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 15 maggio comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore SC Cure Primarie Dr. Lorenzo Bistolfi con richiesta di incontro;20 settembre comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore Socio Sanitario Dr. Sampietro relativamente alla mancata risposta da parte del Dr. Bistolfi ed invio della nuova scheda</i>	😊	5	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	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	<i>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato redatto il Manuale di gestione Distretto e i relativi processi : (codice GEN-DSS-MGD-Manuale Gestione Distretto-00 13.09.2018;) (Processi: DSS-D10-DGP-RSA Anziani -00 16.07.2018; GEN-DSS-DGP-specialistica ambulatoriale-00 29.06.2018; GEN-DSS-DGP-Integrazione Socio Sanitaria-00 15.06.18; GEN-DSS-DGP-Assistenzaprotetica-00 04.07.18.)</i>			
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE Cure domiciliari	<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>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato effettuato Aggiornamento del processo GEN-DSS-DGP-cure domiciliari -00 19-07-2018.</i>	😊	10	10

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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto	
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE Cure domiciliari	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)	SC Pian, Progr, Org. Sanitaria	Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stata completata la transizione alla ISO 9001 ed 2015 come da certificato rilasciato dall'Ente di Certificazione RINA il 18/08/2018 e presente sulla intranet aziendale e sul Sito web alla sezione Qualità.				
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 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	In base alla nota di esito id. n. 63841879 del 20/12/2018 si ritiene che il percorso audit clinico sia stato completato nei modi e nei tempi conformi a quanto espresso nel Manuale Ministeriale.	😊	5	5	
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	1) Partecipazione incontri con responsabili privacy in data 2/2/18 e 28/3/18 2) Effettuazione corso fad aggiornato da parte di dirigenti responsabili di struttura e facilitatori 3) Invio nei tempi previsti alla mail segreteria contratti e convenzioni scheda analisi dei rischi in data 4/5/2018 Invio nei tempi previsti alla mail segreteria contratti e convenzioni registro banche dati in data 6/4/18 Invio nei tempi previsti alla mail segreteria contratti e convenzioni registro dei trattamenti in data 21/3/18 4) Rinnovo delle nomine nei tempi previsti	😊	10	10	
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	Come da monitoraggio effettuato dal Resp. PCT, agli atti, gli obiettivi sono stati raggiunti.	😊	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	In data 13/4 è stato inviato ad A.Li.Sa. il progetto di interfaccia unica. Con Determinazione Dirigenziale n.189 del 29.6.2018 è stata affidata la fornitura di n.8 TOTEMKIOSK.	😊	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



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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017 Ambulatoriale:</i> € 844.427,52	Incremento	Ccd	Il confronto dei dati gennaio - settembre 2017 con analogo periodo 2018 evidenzia un aumento pari a 160 prestazioni, corrispondenti ad € 13.869,43. Obiettivo raggiunto.		5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	Come da certificazione dei Sistemi Informativi, inviata con ID.n.63467793 del 27.11.2018 agli atti, la qualità dei flussi si è attestata all'interno del margine di tolleranza. Obiettivo raggiunto.		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)		Come da comunicazione mail del Direttore del Distretto agli atti sono stati effettuati i seguenti incontri entro la scadenza prevista: UVO Galliera 26 giugno, UVO San Martino 20 giugno, UVO Evangelico Voltri 20 giugno, UVO Villa Scassi 13 giugno. nr.pz con accesso 48 ore = 86 / nr.segnalazioni ospedaliere per dimissioni = 89 (periodo gennaio /ottobre). Nr. accessi a domicilio e somministrazione questionario = 1.273; questionari somministrati agli over 75 = 486; nr.questionari SUNFRAIL tutti positivi = 1 / nr. visita domiciliare. Obiettivi tutti raggiunti.		10	10
FORMANCE	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.	Come da comunicazione mail del Direttore del Distretto agli atti non sono state attivate nuove ore di specialistica ad eccezione della diabetologia a Torrignia (n. 4 ore) per le quali nonostante i contatti con il direttore della diabetologia non è stato possibile utilizzarne l'operatività degli operatori considerata la sede.		0	0

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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
PER	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 logica 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		<p>Come d comunicazione mail agli atti è stata fatta la mappatura destinazione ambienti. E' stato trasferito all'interno dei locali dedicati alle attività consultoriali l'ambulatorio ginecologico che impropriamente occupava spazi distrettuali. Al fine di effettuare un efficace monitoraggio per il controllo e la gestione degli ambienti è stato adottato uno strumento applicabile alle diverse strutture del Distretto 12 (denominato "scheda di verifica" gli atti) il cronoprogramma della riorganizzazione è stato inviato in data 6.3.2018 alla direzione Aziendale mentre il piano di riorganizzazione è stato presentato in data 5.10.2018 (documentazione agli atti). Presso la sede di Via Struppa, il personale addetto ai cartellini è stato trasferito dal primo al secondo piano. Obiettivi raggiunti.</p>	☺	10	5
	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		<p>In data 05/10/2017 è stata presentata un'ipotesi di riorganizzazione della sede di via Archimede che vedrà la ridefinizione degli spazi destinati al front-office, permettendo quindi il raggruppamento di tutte le postazioni CUP, ANAGRAFE SANITARIA ed ACCESSO DIRETTO.</p>	☺	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	<p>Come da comunicazione avvenuta a mezzo mail il 28.11.2018 agli atti: - proattività/empowerment per la prevenzione cadute attuata attraverso la compilazione di scheda di Valutazione Fisioterapica di ogni utente preso in carico per ogni ogni distretto socio sanitario: 100% degli utenti presi in carico. - indicazioni-prescrizione (a fine trattamento fisioterapico) per Autotrattamento nelle Adl o negli esercizi " c.d. blocco esercizi" (con impegno o all'utente o al care giver o a entrambi) oppure avvio ad AFA presso le Associazioni, degli utenti con criteri di inclusione con indicazione o all'utente o al care giver o a entrambi attuato sull'80%</p>	☺	0	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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	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	<p>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018: è stata inviata procedura per l'approvazione ai Direttori di Distretto in data 18 aprile: 10 agosto inviata procedura per procedere alla raccolta firme; Il conferimento di incarico di Direttore Socio Sanitario al Dr. Sampietro, ha richiesto di posticipare la data di implementazione al fine di ottenere il Suo assenso all'applicazione della procedura.</p> <p>La procedura è stata approvata con firma dal Dr. Sampietro in data 09.11.2018 e dal 22.11.2018 è disponibile sul sito intranet aziendale. Obiettivo raggiunto.</p>		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		<p>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 date degli audit: effettuati sono il 13 giugno e 12 dicembre.</p> <p>I responsabili infermieristici di Distretto hanno condotto gli audit in presenza dei coordinatori delle CD dei 6 Distretti; sono state verificate 12 cartelle al primo incontro e altre 12 cartelle saranno verificate in occasione del secondo incontro. Seguirà condivisione delle criticità e delle azioni di miglioramento.</p>			
	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	<p>Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 tutte le attività sono state effettuate entro le date previste: 18 aprile costituzione gruppo di lavoro; 24 aprile riunione gruppo di lavoro per la definizione della scheda semplificata; 11 maggio trasmissione bozza nuova scheda di segnalazione da parte del gruppo di lavoro al Direttore di Dipartimento Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 14 maggio approvazione del documento da parte della Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 15 maggio comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore SC Cure Primarie Dr. Lorenzo Bistolfi con richiesta di incontro; 20 settembre comunicazione da parte del responsabile del gruppo di lavoro Dr.ssa Loredana Minetti a Direttore Socio Sanitario Dr. Sampietro relativamente alla mancata risposta da parte del Dr. Bistolfi ed invio della nuova scheda</p>		5	10

SCHEMA 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	Risultati raggiunti	Note	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	<p>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato redatto il Manuale di gestione Distretto e i relativi processi : (codice GEN-DSS-MGD-Manuale Gestione Distretto-00 13.09.2018;)</p> <p>(Processi: DSS-D10-DGP-RSA Anziani -00 16.07.2018; GEN-DSS-DGP-specialistica ambulatoriale-00 29.06.2018; GEN-DSS-DGP-Integrazione Socio Sanitaria-00 15.06.18; GEN-DSS-DGP-Assistenzapotesica-00 04.07.18.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inviata check list di monitoraggio Marzo 2018 e incontro con ritorno delle stesse il 03/05/2018 presso sala riunioni Via Bertani (foglio firma ad evidenza e check compilate); • Audit di parte prima mercoledì 08 Novembre 2018 sullo stato dell'arte del rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale da parte di ALISA 	☺	10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE <i>Cure domiciliari</i>	<p>Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017)</p> <p>Certificazione: Aggiornamento ed Implementazione del documentale secondo la transizione della Norma ISO 9001: 2008 alla nuova Norma ISO 9001:2015</p>	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>		<p>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato effettuato Aggiornamento del processo GEN-DSS-DGP-cure domiciliari -00 19-07-2018.</p> <p>Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stata completata la transizione alla ISO 9001 ed 2015 come da certificato rilasciato dall'Ente di Certificazione RINA il 18/08/2018 e presente sulla intranet aziendale e sul Sito web alla sezione Qualità.</p>			
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)	<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	In base alla nota di esito id. n. 63839817 del 20/12/2018 si ritiene che il percorso audit clinico sia stato completato nei modi e nei tempi conformi a quanto espresso nel Manuale Ministeriale.	☺	5	5
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	Come da comunicazione mail agli atti le attività sono state effettuate nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto.	☺	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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGETTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Responsabile PCT	Come da monitoraggio effettuato dal Resp. PCT, e come da comunicazione del Direttore del DSS agli atti, tutti gli obiettivi sono stati raggiunti.		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	In data 13/4 è stato inviato ad A.Li.Sa. il progetto di interfaccia unica. Con Determinazione Dirigenziale n.189 del 29.6.2018 è stata affidata la fornitura di n.8 TOTEMKIOSK.		10	10
TOTALE PESO SCHEDA BUDGET									90	95

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



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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	1	VALORE DELLA PRODUZIONE	Valore medio Prestazioni Ambulatoriali	<i>Periodo Anno 2017 Ambulatoriale:</i> € 733.269,02	Incremento	Ccd	Come da monitoraggio della S.C. Painificazione Programmazione e Controllo agli atti dal confronto della produzione Gennaio Settembre 2017 con analogo periodo del 2018 l'obiettivo è stato raggiunto.		5	0
	2	FLUSSI	Margine di tolleranza <2%		Miglioramento della qualità dei flussi di attività rendicontati verso Regione, Comune e Ministero	SIA/Ccd	Come da certificazione dei Sistemi Informativi, inviata con ID.n.63467793 del 27.11.2018 agli atti, la qualità dei flussi si è attestata all'interno del margine di tolleranza.		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)		Incontri effettuati: UVO Galliera - 26 Giugno 2018; UVO San Martino - 20 Giugno 2018; UVO Evangelico Voltri - 20 Giugno 2018; UVO Villa Scassi 13 Giugno 2018. N.PZ con accesso nelle 48 ore: n.62 Nr.segnalazioni ospedaliere per dimissioni =n.62 Schede SUNFRAIL positive n.27. Accessi a domicilio a PZ over 65 nr.27		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	Risultati raggiunti	Note	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.	Come da comunicazione del Direttore del Distretto del 3.12.2018 conservata agli atti sono state rimodulate a livello distrettuale Reumatologia, Cardiologia con coinvolgimento dei Direttori S.C. di riferimento. Il tavolo tecnico previsto non è stato istituito a livello di Direzione Sanitaria / Dipartimento delle Cure Primarie.		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		Come da comunicazione mail del 3.12.2018 conservata agli atti, contenente la mappatura delle sedi distrettuali, ed il piano di riorganizzazione degli spazi la riorganizzazione ha riguardato in particolare la sede di Via Bainsizza (3 piani), corrispondenti a 1,200 mq (contro i 2.400 mq totali della struttura). Sono stati recuperati alla disponibilità aziendale circa il 50% degli spazi. Anche il piano fondi è stato recuperato sia per i servizi agli operatori che per la distribuzione di farmaci e vaccini. Sono stati riorganizzati gli spazi anche delle strutture di Nervi e Recco, al fine di permettere un maggiore utilizzo degli stessi.		10	5
	4	Obiettivi specifici: Attività di supervisione e controllo e rispetto del cronoprogramma relativo alle progettualità sull'area di Quarto.				Entro scadenza contrattuale		Come da comunicazione mail agli atti l'obiettivo è stato raggiunto.		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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
PERFORMANCE	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	Come da comunicazione avvenuta a mezzo mail il 28.11.2018 agli atti: - proattività/empowerment per la prevenzione cadute attuata attraverso la compilazione di scheda di Valutazione Fisioterapica di ogni utente preso in carico per ogni ogni distretto socio sanitario: 100% degli utenti presi in carico. - indicazioni-prescrizione (a fine trattamento fisioterapico) per Autotrattamento nelle Adl o negli esercizi " c.d. blocco esercizi" (con impegno o all'utente o al care giver o a entrambi) oppure avvio ad AFA presso le Associazioni, degli utenti con criteri di inclusione con indicazione o all'utente o al care giver o a entrambi attuato sull'80%		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	Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018: è stata inviata procedura per l'approvazione ai Direttori di Distretto in data 18 aprile: 10 agosto inviata procedura per procedere alla raccolta firme; Il conferimento di incarico di Direttore Socio Sanitario al Dr. Sampietro, ha richiesto di posticipare la data di implementazione al fine di ottenere il Suo assenso all'applicazione della procedura. La procedura è stata approvata con firma dal Dr. Sampietro in data 09.11.2018 e dal 22.11.2018 è disponibile sul sito intranet aziendale		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		Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 date degli audit: effettuati sono il 13 giugno e 12 dicembre.			

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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
	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	Come da comunicazione delle Professioni Sanitarie pervenuta a mezzo mail il 28.11.2018 tutte le attività sono state effettuate entro le date previste: 18 aprile costituzione gruppo di lavoro; 24 aprile riunione gruppo di lavoro per la definizione della scheda semplificata; 11 maggio trasmissione bozza nuova scheda di segnalazione da parte del gruppo di lavoro al Direttore di Dipartimento Dr.ssa Daniela Dall'Agata; 14 maggio approvazione del documento da parte della Dr.ssa Daniela		5	10
QUALITA'	1	ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredittamento (DGR 1185 del 28/12/2017)		Entro aprile 2018 programmazione Incontri per condivisione degli obiettivi individuati all'interno del Nuovo Manuale di Accredittamento 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 accredittamento	SC Pian, Progr, Org, Sanitaria	Come da comunicazione della Dr.ssa Daniela pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato redatto il Manuale di gestione Distretto e i relativi processi : (codice GEN-DSS-MGD-Manuale Gestione Distretto-00 13.09.2018;) (Processi: DSS-D10-DGP-RSA Anziani -00 16.07.2018; GEN-DSS-DGP-specialistica ambulatoriale-00 29.06.2018; GEN-DSS-DGP-Integrazione Socio-Sanitaria-00		10	10
		ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE Cure domiciliari	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accredittamento (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'accredittamento di queste Strutture è inteso come integrazione con il SGQ)	Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stato effettuato Aggiornamento del processo GEN-DSS-DGP-cure domiciliari -00 19-07-2018. Come da comunicazione della Qualità pervenuta a mezzo mail il 29.11.2018 è stata completata la transizione alla ISO 9001 ed 2015 come da certificato rilasciato dall'Ente di Certificazione RINA il 18/08/2018 e presente sulla intranet aziendale e sul Sito web alla sezione Qualità.					
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 28/02/2018 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2018 evidenza dello sviluppo del percorso audit	UGR	Come da comunicazione ID.n.63143002 del 7.11.2018 agli atti i percorsi di audit clinico sui temi condivisi con la S.S. Gestione Rischio Clinico sono in corso di svolgimento, saranno conclusi entro i termini previsti (novembre 2018) con presentazione delle proposte di		5	5
PROGETTI	1	Privacy - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	S.C. Affari Generali	Come da comunicazione ID.n.63143002 del 7.11.2018 agli atti tutti gli obiettivi sono stati raggiunti.		10	10
ATTI	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata			Vedi scheda allegata	Resp. PCT	Come da monitoraggio effettuato dal Resp. PCT, agli atti, gli obiettivi sono stati raggiunti.		5	5

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	Risultati raggiunti	Note	Punti dirigenza	Punti comparto
PROGE	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	<i>In data 13/4 è stato inviato ad A.Li.Sa. il progetto di interfaccia unica. Con Determinazione Dirigenziale n.189 del 29.6.2018 è stata affidata la fornitura di n.8 TOTEMKIOSK.</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 13 Levante

Obiettivi Privacy anno 2018

DIPARTIMENTO	SC/SSD	INCONTRO	CORSO FAD (N_PARTICIPANTI)	REFERENTE PROGETTO (DIRETTORE SC)	FACILITATORE (FACOLTATIVO)	REGISTRO	COMPILAZIONE DATI	NOMINA AUTORIZZATI ESTERNI	RISPETTO TEMPORALE ASSEGNATA	NOMINA AUTORIZZATI INTERNI	RISPETTO TEMPORALE ASSEGNATA	NOTE	COLLABORAZIONE
Dip. GIURIDICO	S.C. Affari Generali	SI	20	SI	SI	SI	SI			SI			SI
	S.C. Aggiornamento e Formazione	SI	3	SI	SI	SI	NON PRESENTI			SI			SI
	S.C. Serv. Amministr. Personale	SI	53	SI	NO	SI	NON PRESENTI			SI			SI
	S.C. Avvocatura	SI	5	SI	SI	SI	SI			SI			SI
	S.C. OSRU	SI	8	SI	SI	SI	NON PRESENTI			SI			SI
Dip. Attivita' Farmaceutiche	S.C. Ass. Za Farmaceutica Conv.	SI	2	SI	SI	SI	SI			SI			SI
	S.C. Farmacia Ospedaliera	SI	12	SI	SI	SI	SI			SI			SI
Dip. Cardiologia	S.C. Cardio./UTIC Villa Scassi	SI	5	SI	SI	SI	NON PRESENTI			SI			SI
	S.C. Card. Sestri Gall. Coll. Terr	SI	15	SI	SI	SI	NON PRESENTI			SI			SI
	SSD. Card. Riab. Colletta	SI	93	SI	SI	SI	NON PRESENTI			SI			SI
Dip. Chirurgie	S.C. Chir. Vascol. Villa Scass	SI	3	SI	SI	SI	NON PRESENTI		NO	NO		SOLO FACILITATORE	SI
	S.C. Ortopedia - Villa Scassi	SI	39	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	SI			SI
	SSD. Chirurgia Piede Scassi	SI	7	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	SI			SI
	S.C. urologia	SI	23	SI	NO	SI	NON PRESENTI		SI	SI			SI
	S.C. Chirurgia Generale POU	SI	2	SI	NO	SI	NON PRESENTI		SI	19/7 _ OTT/NOV 2018		RAGGIUNTO IN CONSIDERAZIONE CRITICITA' ORG.VE	SI
	SSD. Chirurgia Toracica	SI	3	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	SI			SI
	SSD. Day e Week Surgery	SI	5	SI	SI	SI	NON PRESENTI		NO	NO		E MAIL SOLLECITO	SI
Dip. delle Infrastrutture	S.C. Riqualificazione Edilizia	SI	3	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	NO		CARICO DI LAVORO VENDITA QUARTO	SI
	S.C. Progr. Gest. Lav. e Risp. Ener	SI		SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	SI			SI
	S.C. Sistemi Informativi Azien	SI	3	SI	SI	SI	SI		SI	SI			SI
	S.S.D. Ingegneria Clinica	SI	3	SI	SI	SI	SI		SI	SI			SI
	SSD. Patrimonio Immobiliare	SI	1	SI	SI	SI	NON COMUNICATO		NON COMUNICATO	NON COMUNICATO		E MAIL SOLLECITO	SI
	SSD. Telecomunicazioni	SI	2	SI	SI	SI	NON PRESENTI		NO			NON HA PERSONALE DA INCARICARE	SI
Dip. di Patologia Clinica	S.C. Anat. Patol. Villa Scassi	SI	6	SI	NO	SI	NON PRESENTI		NO	NO		comunicato riorganizzazione e emergenza sanitaria e sicurezza ambienti di lavoro	SI
	S.C. Immunoematol Centro Trasf	SI	19	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	SI			SI
	S.C. Laboratorio Analisi	SI	23	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI		17-lug		SI
Dip. Economico Gestionale	S.C. Economato	SI	4	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	SI			SI
	S.C. Provveditorato	SI	24	SI	SI	SI	SI		SI	SI			SI
	S.C. Bilancio e Contabilita'	SI	1	SI	SI	SI	NON COMUNICATO		NON COMUNICATO	NON COMUNICATO		E MAIL SOLLECITO	SI
	S.C. Centro di Contr. Direz.le	SI	1	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	SI			SI
Dip. Emerg. e Accettaz.	S.C. Anestesia Rianimazione	SI	15	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	PARZIALMENTE FUORI TERMINE		15/09/2018	SI
	S.C. Cen. Grandi Ust. Chir PI	SI	2	SI	NO	SI	NON PRESENTI		SI	SI			SI

Obiettivi Privacy anno 2018

DIPARTIMENTO	SC/SSD	INCONTRO	CORSO FAD (N_PARTICIPANTI)	REFERENTE PROGETTO (DIRETTORE SC)	FACILITATORE (FACOLTATIVO)	REGISTRO	COMPILAZIONE DATI	NOMINA AUTORIZZATI ESTERNI	RISPETTO TEMPORALE ASSEGNATA	NOMINA AUTORIZZATI INTERNI	RISPETTO TEMPORALE ASSEGNATA	NOTE	COLLABORAZIONE
	S.C. Medicina d'Urgenza	SI											SI
	SSD. PSocc VS Sestri e OBI	SI	40	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	U.O. Medicina Urgenza e PS	SI											SI
Dip. Materno Infantile	S.C. Ginecologia Villa Scassi	SI	7	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Neonatologia Villa Scassi	SI	22	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
Dip. Medicina	S.C. Medicina - Gallino	SI											SI
	S.C. Medicina - Sestri	SI											SI
	S.C. Medicina - Villa Scassi	SI	68	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Medicina Interna 1	SI											SI
	S.C. Medicina Interna 2	SI											SI
	SSD. Oncologia Sestri	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	SSD. Oncologia Villa Scassi	SI	13	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
Dip. Salute Mentale e Dipend.	Dipartimento Salute mentale	SI	1	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Salute Mentale Distr. 10+SPDC Scassi	SI	5	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Salute Mentale Distr. 11+ spdc Galliera	SI	42	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Salute Mentale Distr. 12	SI	10	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Salute Mentale Distr. 13	SI	20	SI		SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Salute Mentale Distr. 8	SI	11	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Salute Mentale Distr. 9	SI	7	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. SERT	SI	95	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.S.D. Alcolgia e Patol.Corr.	SI	1	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	SSD. Disturbi Alimentari	SI	4	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
Dip. Specialità Mediche	S.C. Nefrologia	SI	11	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Pneumologia	SI	8	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Reumatologia-La Colletta	SI	3	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Recup.e Riab.Funzionale	SI	8	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	SSD. Mal.Endoc.Nutriz Ricambio	SI	16	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
Dip. Testa Collo	S.C. Neurologia	SI	11	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	NO		PARZIALMENTE FUORI TERMINE CRITICITA' PERIODO FERIE	SI
	S.C. Oculistica - Sestri	SI	29	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Otorinolaringo. - Sestri	SI	4	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
Dipartimento Cure Primarie	S.C. Assistenza Consultoriale	SI	121	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Cure Primarie(ora divisa in 2 SSD - GESTIONE MEDICI CONV e ASSISTENZA SAN DI BASE)	SI	14	SI	SI	SI	SI	SI	PARZIALMENTE FUORI TERMINE	SI	SI		SI
	S.C. Distr.10 Val Polc. Scriv	SI	82	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Distr.12 Val Bisag.Trebbs	SI	20	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI
	S.C. Distretto 11 Centro	SI	77	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI	SI	SI			SI

Obiettivi Privacy anno 2018

DIPARTIMENTO	SC/SSD	INCONTRO	CORSO FAD (N_PARTICIPANTI)	REFERENTE PROGETTO (DIRETTORE SC)	FACILITATORE (FACOLTATIVO)	REGISTRO	COMPILAZIONE DATI	NOMINA AUTORIZZATI ESTERNI	RISPETTO TEMPORALE ASSEGNATA	NOMINA AUTORIZZATI INTERNI	RISPETTO TEMPORALE ASSEGNATA	NOTE	COLLABORAZIONE
	S.C. Distretto 13 Levante	SI	122	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	S.C. Distretto 8 Ponente	SI	54	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	S.C. Distretto 9 Medio Ponente	SI	34	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	SSD. Coordinamento att.geriat.	SI	4	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	SSD. Cure Palliative	SI	23	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	SSD. Sanità Penitenziaria	SI	4	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
Dipartimento delle Immagini	Fisica Sanitaria	SI	2	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	S.C. Radiol Sestri Gall. Coll.	SI	2	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	S.C.. Radiologia Villa Scassi	SI	13	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	SSD. Medicina Nucleare	SI	4	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	SSD. Radiologia Territorio	SI	20	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
Dipartimento di Prevenzione	Dipartimento di prevenzione	SI	5	SI	NO			NON PRESENTI		SI			SI
	S.C. Ig.Prod.Alim.di Orig.Ani.	SI	2	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	S.C. Igiene Alimenti e Nutriz.	SI	21	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	S.C. Igiene e Sanita' Pubblica	SI	58	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	SI MAGGIORANZA	RITARDO GIUSTIFICATO CON ATTESA RIENTRO IN SERVIZIO PERSONALE ASSENTE	SI
	S.C. Medicina Legale	SI	8	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	S.C. P.S.A.L.	SI	8	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI	NO	ago-18	SI
	S.C. Sanita' Animale	SI	17	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	SSD. Direz. Amm.va Dip. Prev	SI	2	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	SSD. Popolazione a Rischio	SI	14	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
Direzione Amministrativa	S.C.Direzione Amministr. POU	SI	7	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	SSD servizio ispettivo	SI	1	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
Direzione Generale	Medico competente	SI	1	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	Serv. Prevenzione e Protezione	SI	3	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	Segreterie Direzionali	SI	2	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI					SI
	Ufficio stampa/URP	SI	8	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Medica POU	SI	18	SI	NO	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	S.C. professioni Sanitarie	SI	15	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	S.C.Pianif.,progr.,org. sanit.	SI	3	SI	SI	SI	SI	NON PRESENTI		SI			SI
	Gestione rifiuti	SI	1	SI	NO	SI	SI						SI

