

DELIBERAZIONE N. **313** DEL **28 GIU. 2017**

**OGGETTO: Approvazione Piano Aziendale Budget 2017.**

IL DIRETTORE GENERALE

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

Dato atto che:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dato atto che il documento "Linee Guida Aziendali Budget 2017" è stato pubblicato nella intranet aziendale nella pagina "Controllo Direzionale";

Dato atto come la S.C. Centro di Controllo Direzionale, di concerto con S.C. Bilancio e Contabilità e la S.C. Pianificazione, Programmazione ed Organizzazione Sanitaria, abbia provveduto all'elaborazione delle schede di budget Anno 2017, sulla scorta delle linee aziendali e delle proposte intervenute da parte delle strutture interessate e abbia provveduto all'invio, tramite posta elettronica, ai Direttori di S.C. e di S.S.D. prima della data fissata per l'incontro al fine di condividere in via prioritaria l'impostazione ed i contenuti;

Dato atto che, a decorrere dal mese di gennaio, si sono svolti gli incontri di budget 2017 con la partecipazione della Direzione Aziendale, dei Direttori delle SS.CC./SS.SS.DD. e dei coordinatori infermieristici/tecnici;

Preso atto che gli obiettivi, concordati e condivisi in sede di discussione di budget, sono stati formalizzati per singola struttura organizzativa nella scheda di budget 2017;

Considerato che le schede firmate dalla Direzione Aziendale, corredate della documentazione a supporto oltre che di un foglio firma con l'elenco del personale appartenente alla struttura, sono state inviate ai Direttori delle diverse strutture organizzative affinché provvedessero a condividere con propri collaboratori gli obiettivi per l'anno 2017 e a sottoscrivere la scheda stessa;

Dato atto che le schede firmate dal Direttore Dipartimento o Struttura Complessa o Struttura Semplice Dipartimentale e dai coordinatori infermieristici o tecnici, oltre che dai Rappresentanti della Direzione Strategica, sono state, via via, pubblicate nella intranet aziendale nella pagina dedicata;

Dato atto, altresì, che i fogli firma allegati alla scheda di budget sottoscritti dal personale afferente alle singole strutture risultano agli atti della S.C. Centro di Controllo Direzionale;

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

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

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

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

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

Ravvisata pertanto la necessità di formalizzare le "Linee guida Aziendali Budget 2017" e contestualmente le schede di budget Anno 2017;

Su parere conforme del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

1. di approvare le "Linee guida Aziendali Budget 2017" di cui all'allegato contraddistinto dalla lettera "A", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di prendere atto del documento denominato "Schede di Budget Anno 2017" di cui all'allegato contraddistinto dalla lettera "B", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di dare atto che la S.C. Centro di Controllo Direzionale provvederà periodicamente al controllo sui budget assegnati alle strutture organizzative aziendali;
4. di dare atto che il Nucleo di Valutazione Aziendale provvederà alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget Anno 2017;
5. di dare atto che il raggiungimento degli obiettivi definiti con la scheda di budget Anno 2017 ha valenza per l'attribuzione dell'indennità di risultato e di produttività collettiva;
6. di dare atto che il presente atto è composto da 4 pagine e 2 allegati, denominati allegato A) Linee guida Budget 2017, composto da 12 pagine, e allegato B) Schede di Budget 2017, composto di 354 pagine.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dottore Luigi Carlo BOTTARO)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Avvocato Luigi BERTORELLO)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dottore Paolo CAVAGNARO)

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

Pubblicata all'Albo dalla data

del 29 GIU. 2017

Il Responsabile



**Asl3**

Sistema Sanitario Regione Liguria

# *Documento Programmatico Budget 2017*

Per quanto riguarda gli obiettivi per il 2016, Regione Liguria ha emanato le seguenti deliberazioni:

- D.G.R. n. 161 del 26.02.2016 ad oggetto "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2016" con cui sono stati individuati gli indirizzi per l'anno 2016 per le Aziende, Enti ed Istituti Sanitari, anche in relazione al processo di ridefinizione del sistema socio-sanitario avviato dalla Regione Liguria;
- D.G.R. n. 486 del 27.05.2016 con la quale sono stati individuati, all'interno degli obiettivi già approvati con la citata D.G.R. n. 161/2016, specifici obiettivi, indicatori e target di riferimento per i Direttori Generali delle AA.SS.LL., dell'IRCCS A.O.U. San Martino-IST, nonché per gli Enti erogatori Pubblici o Equiparati del S.S.R. per l'anno 2016.

Oltre alle Deliberazioni sopracitate, per procedere a delineare la programmazione per il 2017 non possiamo comunque prescindere da quanto indicato nell'art. 12 della L.R. 17 del 29/07/2016, con cui è stata istituita l'Agenda Ligure Sanitaria - A.Li.Sa, che prevede l'emanazione, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge, di un testo unico di riordino delle disposizioni in materia sanitaria e sociosanitaria contenente:

- *Funzioni ed organizzazione delle rinnovate Aziende sanitarie prevedendo l'articolazione delle aziende sanitarie locali in due settori aziendali rispettivamente definiti Area Territoriale e Area Ospedaliera, che offeriscono direttamente alla direzione generale;*
- *Revisione dell'articolazione dei distretti delle Aziende sanitarie locali, con la finalità di renderli più funzionali nell'erogazione dei servizi e più corrispondenti ai bisogni reali della cittadinanza;*
- *Riforma della disciplina in materia di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie e relativi controlli.*

Posto che non ad oggi Regione Liguria non ha ancora deliberato il finanziamento destinato alle Aziende Sanitarie Liguri per l'anno 2016 e quindi anche per l'anno 2017, relativamente al livello dei costi occorre riferirsi alla nota a firma del Commissario di Alisa nr. 735 del 25.10.2016 nella quale alle Aziende è **richiesto di prevedere per il 2017 una riduzione complessiva, rispetto al 2016, di circa il 3% del totale dei beni e servizi che dovrà essere graduata per tipologia ad esempio, prodotti farmaceutici ospedalieri, altri beni di consumo, trasporti sanitari, consulenze sanitarie e non sanitarie, servizi non sanitari, etc..**

AREE	OBIETTIVI
<u>Area Cure Primarie</u>	<p>a) Piena attivazione delle AFT con assegnazione di obiettivi comuni condivisi in tema di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriatelyzza del ricorso alla specialistica ambulatoriale, della prescrizione farmaceutica, dei ricoveri ospedalieri;</li> <li>• Gestione della malattia cronica;</li> <li>• Promozione della salute e partecipazione ad iniziative educative volte alla modifica degli stili scorretti;</li> <li>• Prevenzione attraverso la promozione degli screening oncologici e delle vaccinazioni.</li> </ul> <p>b) <i>Presenza delle AFT all'interno delle strutture aziendali</i></p>
<u>Plano Regionale Demenze</u>	Costituzione Centri per i disturbi cognitivi e le demenze, secondo le indicazioni regionali
<u>Adeguamenti DM 70/2015 - aspetti relativo al riordino della rete di offerta ospedaliera</u>	<p>a) Adozione speciali atti di riordino, in puntuale applicazione delle previsioni del DM 70/2015, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento tasso di occupazione posti letto post acuti</li> <li>• Attivazione di posti letto post acuzie</li> </ul> <p>b) <i>Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere al fine di ridurre la degenza media per acuti</i></p> <p>c) Efficientamento della produzione</p>
<u>Area Materno Infantile</u>	<p>a) Assistenza alla gravidanza integrata tra territorio/punto nascita attraverso la riorganizzazione dei consultori</p> <p>b) Riduzione dei tagli cesarei inappropriati</p> <p>c) <i>Percorsi Regionali specifici afferenti al Centro di riferimento per SIDS / SIUD</i></p> <p>d) <i>Disattivazione posti letto Patologia Neonatale</i></p> <p>e) Adeguamento posti letto di pediatria</p>
<u>Assistenza Specialistica Ambulatoriale</u>	<p>a) Implementazione percorso di controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni</p> <p>b) <i>Progetto Ambulatori aperti: implementazione attività ambulatoriali nelle fasce serali e nella giornata di sabato</i></p> <p>c) Riordino della rete di offerta specialistica ambulatoriale</p> <p>d) Contenimento tempi d'attesa</p>
<u>Area Sociosanitaria Integrata</u>	a) Organizzazione di una nuova rete di offerta dei servizi territoriali per anziani, disabili e minori al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi nell'ambito delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere
<u>Rischio Clinico</u>	<p>a) implementazione dello strumento Carmina attraverso la diffusione dei risultati all'interno dell'Azienda al fine di adottare azioni di miglioramento</p> <p>b) Realizzazione di piani di miglioramento per gli eventi avversi di maggior accadimento</p> <p>c) Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza con adozione azioni per riduzione del tasso di infezioni nelle aree critiche</p>
<u>Area Psichiatrica e Neuropsichiatrica</u>	<p>a) Completa integrazione della rete di offerta ospedaliera psichiatrica dell'area metropolitana genovese</p> <p>b) Piena operatività del Servizio di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza</p> <p>c) Continuazione del processo di superamento degli OPG</p> <p>d) Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura</p> <p>e) Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti e minori</p>
<u>Area controlli</u>	Implementazione sistema dei controlli delle prestazioni sanitarie

- ✚ Ridurre il tasso di ospedalizzazione attraverso l'utilizzo di altri setting assistenziali;
- ✚ Migliorare la qualità dell'assistenza e della soddisfazione degli utenti nei Pronto Soccorso;
- ✚ Completare la riorganizzazione della rete dei laboratori e dei centri trasfusionali relativamente sia alle funzioni che al sistema informatico;
- ✚ Ricondurre agli standard regionali il numero di prestazioni di diagnostica strumentale per i residenti ASL 3 continuando nell'opera di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva;
- ✚ Consolidare gli ottimi risultati raggiunti nel settore degli screening;
- ✚ Razionalizzare le sedi di erogazione dell'attività distrettuale concentrando le attività al fine di garantire almeno una sede per Distretto aperta sulle 12 ore e il sabato mattina;
- ✚ Migliorare la governance della specialistica ambulatoriale, attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori che intervengono nel processo ossia Dipartimenti Ospedalieri, Dipartimento Cure Primarie, Specialisti Convenzionati (ex Sumai), anche attraverso l'elaborazione di pacchetti di percorso e messa a Cup delle relative agende;
- ✚ Monitorare e Governare le liste di attesa per tutte le attività rivolte al cittadino (Specialistica ambulatoriale; prestazioni ospedaliere; prestazioni socio-sanitarie residenziali per anziani, disabili ....; prestazioni domiciliari; prestazioni medicina legale; ....);
- ✚ Sviluppare il sistema delle cure intermedie;
- ✚ Potenziare il sistema della rete informatica territoriale attraverso il monitoraggio e l'allineamento dell'anagrafica;
- ✚ Migliorare i flussi informativi aziendali anche attraverso la costante manutenzione di tutti gli applicativi che alimentano il datawarehouse aziendale con conseguente pieno utilizzo del cruscotto direzionale;
- ✚ Introdurre il budget della Medicina Generale ai fini di coinvolgere gli MMG e i PLS nella gestione del Distretto e nel governo della domanda;

## **1. LO STRUMENTO OPERATIVO**

### **1.1 IL PROCESSO DI BUDGET**

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

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

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

- Il riferimento ad un intervallo particolare, di solito l'anno solare,
- L'esplicitazione in termini economici e finanziari,
- Il riferimento alle specifiche responsabilità organizzative aziendali (Chi è che fa cosa) e quindi l'articolazione coerente con le aree di responsabilità presenti in azienda e con le relazioni di reciproca interdipendenza esistenti tra le varie unità organizzative della stessa,
- L'esplicitazione degli obiettivi in termini operativi ossia sintetici e quantitativi e verificabili (es. Numero e tipologie di interventi chirurgici in un dato periodo di tempo),
- La garanzia di una visione coordinata e globale della gestione economica (Identificazione delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi)

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

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

## **1.2 LE FASI DEL PROCESSO DI BUDGET**

Il processo di budget è articolato nelle seguenti fasi:

### **Fase 1 - da completarsi entro 31 Dicembre 2016**

- Elaborazione Linee Guida Anno 2017 e contestuale diffusione alle strutture organizzative aziendali.

### **Fase 2 – da completarsi entro Marzo 2017**

- **Negoziazione di Budget:**
  - la S.C. Centro di Controllo Direzionale, di concerto con S.C. Pianificazione, Programmazione ed Organizzazione Sanitaria, elabora la scheda di budget Anno 2017 e la invia ai Direttori di S.C. e di S.S.D. prima della data fissata per l'incontro al fine di condividere in via prioritaria l'impostazione ed i contenuti.
  - Si svolgono le discussioni di budget con sottoscrizione delle schede da parte dei Direttori e i Responsabili.

### **Fase 3 – Aprile 2017**

- Verifica che la somma delle risorse assegnate alle Singole Strutture nell'Area Efficienza sia coerente con il finanziamento regionale;
- Verifica che gli obiettivi assegnati siano in linea con gli obiettivi assegnati dalla Regione Liguria alla Direzione Generale nell'anno 2017;
- Predisposizione della Delibera aziendale delle schede di budget firmate.

### **Fase 4 – Ottobre 2017**

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

### **Fase 5 – Aprile 2018**

- Chiusura ed invio delle schede a consuntivo dell'anno 2017;
- Raccolta osservazioni dei Direttori/Responsabili di Struttura sui dati inviati.

### **Fase 6 – Giugno 2018**

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

Allegato B)

Deliberazione n. 313 del 28.6.2017



**Sistema Sanitario Regione Liguria**

**SCHEDE DI BUDGET  
ANNO 2017  
PER DIPARTIMENTI  
SS.CC.  
SS.SS.DD.**

## **Elenco Dipartimenti SS.CC. e SS.SS.DD.**

### **Dipartimento delle Cure Primarie e delle Attività Distrettuali**

S.C. Distretto 8 Ponente  
S.C. Distretto 9 Medio Ponente  
S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia  
S.C. Distretto 11 Centro  
S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia  
S.C. Distretto 13 Levante  
S.C. Assistenza Consultoriale  
S.C. Cure Primarie  
S.S.D. Cure Palliative  
S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario

### **Dipartimento di Cardiologia**

S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio  
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi  
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano

### **Dipartimento Materno Infantile**

S.C. Ginecologia ed Ostetricia  
S.C. Neonatologia

### **Dipartimento Chirurgie**

S.C. Chirurgia Generale  
S.C. Ortopedia e Traumatologia  
S.S.D. Chirurgia del Piede  
S.S.D. Day e Week Surgery  
S.C. Urologia  
S.S.D. Chirurgia Toracica  
S.C. Chirurgia Vascolare

### **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

S.C. Salute Mentale Distretto 8  
S.C. Salute Mentale Distretto 9 e Psichiatria ad indirizzo riabilitativo H. Sestri  
S.C. Salute Mentale Distretto 10 - SPDC Villa Scassi  
S.C. Salute Mentale Distretto 11 - SPDC Galliera  
S.C. Salute Mentale Distretto 12  
S.C. Salute Mentale Distretto 13  
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale  
S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare

### **Dipartimento di Prevenzione**

S.C. Igiene e Sanità Pubblica  
S.C. PSAL  
S.C. Medicina Legale

S.C. Sanità Animale  
S.C. Igiene degli alimenti di origine animale  
S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione  
S.S.D. Popolazione a rischio

**Dipartimento Patologia Clinica**

S.C. Laboratorio Analisi  
S.C. Anatomia Patologica  
S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

**Dipartimento delle Immagini**

S.C. Radiologia Villa Scassi  
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino  
S.S.D. Fisica Sanitaria  
S.S.D. Radiologia Territorio  
S.S.D. Medicina Nucleare

**Dipartimento Testa Collo**

S.C. Neurologia  
S.C. Oculistica  
S.C. Otorinolaringoiatria

**Dipartimento Specialità Mediche**

S.C. Pneumologia  
S.C. Reumatologia  
S.C. Nefrologia  
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche  
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale

**Staff Direzione Generale**

S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione  
S.S. Relazioni Esterne - URP

**Dipartimento di Medicina**

S.C. Medicina Interna 1  
S.C. Medicina Interna 2  
S.S.D. Oncologia Sestri  
S.S.D. Oncologia Villa Scassi

**Dipartimento di Emergenza**

S.C. Anestesia e Rianimazione  
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica  
S.C. Medicina d'Urgenza

**Dipartimento Economico Gestionale**

S.C. Bilancio e Contabilità  
S.C. Programmazione e Gestione delle forniture  
S.S.D. Economato e Logistica  
S.C. Centro di Controllo Direzionale  
S.S.D. Telecomunicazioni

**Staff Direzione Amministrativa**

S.S. Servizio Ispettivo  
S.C. Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero Unico

**Dipartimento Giuridico**

S.C. Servizio Legale  
S.C. Servizio Amministrazione del Personale  
S.C. Affari Generali  
S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane  
S.C. Aggiornamento e Formazione

**Dipartimento Attività Farmaceutiche**

S.C. Farmacia Ospedaliera  
S.C. Farmaceutica Convenzionata

**Dipartimento delle Infrastrutture**

S.C. Gestione Tecnica Centro Levante  
S.C. Gestione Tecnica Centro Ponente  
S.C. Sistemi Informativi Aziendali  
S.S.D. Ingegneria Clinica  
S.S.D. Patrimonio

**Staff Direzione Sanitaria**

S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico  
S.C. Professioni Sanitarie  
S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria  
Staff Direzione Sanitaria

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

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
1	Ottimizzazione costi, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	10
2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Rispetto budget economico assegnato relativamente a: Area Anziani Area Disabili		Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per area Verifica CCD/Bilancio	20	15
3	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro refenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. <b>Report Direttore Dip Cure Primarie</b>	20	10
4	<b>Appropriatezza prescrizioni protesica:</b> collaborazione con i Distretti Socio Sanitari per la produzione di reportistica trimestrale finalizzata alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	Evidenza report trimestrale		Definizione report entro mese di aprile Creazione reportistica entro il 30/06/2017 Invio dati con cadenza concordata	0	20
5	<b>PDTA BPCO</b> 1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro aprile 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di paziente a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	25	0
6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				15	15
7	Valutare l'idoneità dello strumento della coabitazione per le differenti tipologie di utenti dei servizi territoriali con problematiche legate all'abitare e verificare la fattibilità di progetti specifici	Attivazione di un tavolo interservizi sul tema del cohousing	Sul tema specifico esistono alcune esperienze ASL ma non esiste nulla di strutturato a livello di azienda	Attivazione del tavolo entro il 30/4/2017 Stesura relazione conclusiva a cura del tavolo di lavoro entro il 31/12/2017	10	15

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

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
8	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		15
	<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>				<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>Dipartimento Cure Primarie</b> <b>Dottoressa Daniela Dall'Agata</b>
--

Scheda di Budget per ATCPTCDC - DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE ED DELLE  
ATTIVITA' DISTRETTUALI -DIREZIONE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ALTRO MATERIALE SANITARIO	106,75	0,00	0,00	103,00	-103,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	4.975,37	0,00	0,00	4.827,90	-4.827,90
<b>TOTALE</b>	<b>5.082,12</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>4.930,90</b>	<b>-4.930,90</b>

# S.C. Cure primarie

Budget anno 2017

Aut.	Aut.							
2016	2017	Conto e fattore prod.vo	CDC	CE 2015	BUDGET 2015 iniziale	CE IV TRIM. 2016	BUDGET 2017	
<i>(Migliaia di EURO)</i>								
141	141	Medici Generici 135.035.050.01	D0400020	49.390	50.200	48.694	48.700	
142	142	Medici Pediatri 135.035.055.01	D0400020	10.720	10.900	10.677	10.700	
P.N.	P.N.	Medici Guardia Medica 135.035.040.01	D0400003	3.750	3.900	3.797	3.795	
P.N.	P.N.	Medici emergenza territoriale 135.035.045.01	D0400003	1.277	1.200	1.142	1.140	
P.N.	P.N.	Medici Specialisti interni 135.020.006.01	D0400003	12.250	12.300	12.283	12.280	
====	====	Premi di operosità 190.010.005	D0400030	1.500	1.500	450	450	
P.N.	P.N.	Medicina dei servizi 135.020.011.01	D0400003	2.387	2.500	2.315	2.315	
148-150	148-150	Acquisto microinfusori per diabete mellito 135.045.005	D0400003	270	150	280	280	
149	149	Assistenza integrativa diversa 135.060.035	S0200030	490	500	455	455	
145	145	Conv. Continuità assistenziale - Poli territoriali - CROCI 135.035.040.04	D0400050	400	450	374	370	
151	151	Trasporti PP.AA. e C.R.I. Ed extra-regionale 135.090.005	D0400050 VS010014	6.578	6.700	6.615	6.600	
11	11	Trasporti PP.AA. interni - Villa Scassi		273	260	265	265	
153	153	Acc.to x contrib. straord.prestni ad alta spec.ne 135.075.010	D0400040	805	1.300	1.019	1.010	
152	152	Rimborsi per ricoveri per ass.za indiretta 135.075.010						
154	154	Contributi vari 135.075.025						
155	155	(escl.invalidi guerra) 135.075.030						
156	156	Assistenza stranieri senza permesso di soggiorno ( Mobilità ) 135.070.005	D0400003	2.250	1.600	1.467	1.460	
157	157	Assistenza stranieri senza permesso di soggiorno - OSP. GALLIERA ( NO Mobilità ) 135.070.025	D0400003	130	140	330	330	
158	158	Terme di Genova Acquasanta 135.060.025	D0400003	50	60	53	50	
159	159	Servizio CUP/WEB - FEDERFARMA 135.070.015	D0400003	623	360	400	400	
160	160	Gestione CUP convenzione Liguria Digitale 180.005.025	D0400003	6.407	6.400	3.200	3.200	
<b>Totale</b>				<b>99.550</b>	<b>100.420</b>	<b>93.816</b>	<b>93.800</b>	

**Dipartimento Cure Primarie - Area disabili**  
*Budget anno 2017*

Aut.								
2016	2017	Conto e fatt. prod.vo	CDC	CE 2015	BUDGET 2016	CE IV TRIM. 2016	BUDGET 2017	
<i>(Migliaia di EURO)</i>								
162-308	162-308	Convenzioni residenziali semiresidenziali - ambulatoriale	135.045.006	S0200020	36.407	36.500	40.885	40.867
		Rivalutazione dal 01/09/2015			1.700	5.200		
163	163	Strutture private <b>in</b> Regione inserimenti ad hoc - ex art. 26	135.045.006	S0200020	4.482	4.500	5.609	5.600
164	164	Strutture private <b>fuori</b> Regione inserimenti ad hoc - ex art. 26	135.045.007	S0200020	458	400	682	680
165	165	Assistenza Protesica	135.045.005	S0200010	5.000	4.900	5.000	5.000
166	166	Assistenza protesica fuori nomenclatore	135.045.005	S0200010	171	171	131	131
167	167	Acquisto e noleggio presidi per disabili (non vedenti, montascale, etc. )	135.045.005	S020010	320	350	380	380
167	167	Servizio gestione manutentiva degli ausili terapeutici per disabili dati in uso agli assistiti ASL3	135.045.005	S0200010	528	500	560	560
168	168	Fornitura presidi per incontinenti	135.060.035	S0200010	4.990	4.600	5.300	5.300
169	169	Ventilatori polmonari	145.010.010	S0200010	3.530	3.000	3.400	3.400
170	170	Cure climatiche agli invalidi di guerra	135.075.030	S0200020	20	20	14	15
171	171	Ass.za integ.va per pazienti celiaci	135.060.045	S0200030	2.350	2.300	2.425	2.400
172	172	Assistenza integrativa -manutenzione ventilatore polmonare	135.060.020	S0200010	11	10	0	0
		<b>Totale parziale</b>			<b>59.967</b>	<b>62.451</b>	<b>64.386</b>	<b>64.333</b>
173	173	Gestione Hospice Bolzaneto (Gigi Ghirotti) / Albaro + 5 P.L. SLA	135.070.015	F0690007 F0690012	2.453	2.450	2.359	2.359
174	174	Gigi Ghirotti: terapia dolce e con palliativi	135.045.020	EST00100	1.004	1.000	1.008	1.008
		<b>Totale</b>			<b>63.424</b>	<b>65.901</b>	<b>67.753</b>	<b>67.700</b>

**Dipartimento Cure Primarie - Area Anziani**  
*Budget anno 2017*

Aut.								
2016	2017	Conto e fattore prod.vo	CDC	CE 2015	BUDGET 2016	CE IV TRIM. 2016	BUDGET 2017	
<i>(Migliaia di EURO)</i>								
120-121-122	120-121-122	<i>Convenzioni Residenze anziani</i>	<i>135.040/045.020</i>	S0100020	<b>48.546</b>	<b>49.043</b>	<b>49.146</b>	<b>49.600</b> *)
124	124	<i>Centri diurni</i>	<i>135.045.020</i>	S0100020	<b>1.778</b>	<b>1.700</b>	<b>1.908</b>	<b>1.900</b>
126	126	<i>Conv.ne Ente Osp.ro Galliera - ADI</i>	<i>135.070.025</i>	S0100020	<b>1.500</b>	<b>1.500</b>	<b>1.500</b>	<b>1.500</b>
125	125	<i>Servizio somministrazione a domicilio prodotti nutrizione enterale</i>	<i>135.060.035</i>	S0100020	<b>1.100</b>	<b>1.000</b>	<b>1.000</b>	<b>1.000</b>
		<i>Totale</i>			<b>52.924</b>	<b>53.243</b>	<b>53.554</b>	<b>54.000</b>

\*) € 474.000 Maggiori costi RSA Campoligure

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro refenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. <b>Report Direttore Dip Cure Primarie</b>	15	5
						<b>20</b>	<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	<b>Referti on line</b> Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale , riorganizzazione delle attività del personale , ecc, ecc...	nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	20	10
	2	<b>Numero Verde</b> riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	15	
	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	15	
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT - 2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT ( almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE)  2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l' adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	15	

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	5	<b>PDTA BPCO</b> 1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazientia rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	5	
	6	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari ) - presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG		10
	7	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo	25	
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione ( festivi esclusi)		
	8	DGR.161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico - presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista	10	
9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interne, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"	10		

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12		10
	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	12	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>80</b>	<b>90</b>
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Sanitario**  
**Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore**  
**Dottor Filippo Parodi**

**Il Coordinatore Infermieristico**  
**Dottorssa Margherita Zambuto**

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Direttori di Distretto**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aggiornare la gestione del rischio dei procedimenti/processi già mappati <b>(in oggi n. 3)</b> attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare l'attività di rianalisi verterà: a) sulla descrizione dei rischi; b) sulle misure di prevenzione in modo che risultino concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi;	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 28/02/2017 invio al RPCT della tabella sulla gestione del rischio rivista/modificata/aggiornata, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT		
2) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso	10	10
3) Monitorare costantemente le sotto - sezioni di "Amministrazione Trasparente" di propria competenza, verificandone la completezza, la correttezza nonché il rispetto della tempistica di pubblicazione	Rispetto della completezza dei dati e della tempistica prevista nel PTPCT	Pubblicazione puntuale dei dati relativi ai procedimenti amministrativi e dei tempi procedurali procedimenti. Monitoraggio a cura del RPCT		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Distretto, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti del Distretto	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 05 dicembre 2017		
<b>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</b>				

Scheda di Budget per ATCPDS08 - DISTRETTO SOCIO SANITARIO 8 al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	34.279,73	0,00	0,00	17.132,94	-17.132,94
DIAGNOSTICI E REAGENTI	15.140,45	0,00	0,00	14.049,75	-14.049,75
DISPOSITIVI MEDICI	141.455,63	0,00	0,00	119.322,72	-119.322,72
ALTRO MATERIALE SANITARIO	3.942,09	0,00	0,00	3.240,60	-3.240,60
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	52.649,77	0,00	0,00	43.516,44	-43.516,44
<b>TOTALE</b>	<b>247.467,67</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>197.262,45</b>	<b>-197.262,45</b>

Dal totale viene detratto importo consumi dei ccd Cure Intermedie e RSA Campoligure chiusi nell'anno 2016  
 Il totale importo rimanente viene ridotto del 3%

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA**

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

**Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro refenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. <b>Report Direttore Dip Cure Primarie</b>	15	5
						<b>20</b>	<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	<b>Referti on line</b> Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale , riorganizzazione delle attività del personale , ecc, ecc...	nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	20	10
	2	<b>Numero Verde</b> riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	15	
	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	15	
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT 2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT ( almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE)  2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l' adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	15	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA**

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

**Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	5	<b>PDTA BPCO</b> 1)Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2)formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3)garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4)promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n°utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazienti a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	5	
	6	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari ) '- presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG		10
	7	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo	25	
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione ( festivi esclusi)		
	8	DGR.161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico '- presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista	10	
9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interne, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"	10		

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA**

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

**Direttore Dottoressa Daniela Dall'Agata**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12		10
	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	12	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>80</b>	<b>90</b>
						<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
<b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>

<b>Il Direttore</b>
<b>Dottoressa Daniela Dall'Agata</b>

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b>
<b>Dottoressa Laura Bottari</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Direttori di Distretto**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aggiornare la gestione del rischio dei procedimenti/processi già mappati <b>(in oggi n. 3)</b> attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare l'attività di rianalisi verterà: a) sulla descrizione dei rischi; b) sulle misure di prevenzione in modo che risultino concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi;	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 28/02/2017 invio al RPCT della tabella sulla gestione del rischio rivista/modificata/aggiornata, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT		
2) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso	10	10
3) Monitorare costantemente le sotto - sezioni di "Amministrazione Trasparente" di propria competenza, verificandone la completezza, la correttezza nonché il rispetto della tempistica di pubblicazione	Rispetto della completezza dei dati e della tempistica prevista nel PTPCT	Pubblicazione puntuale dei dati relativi ai procedimenti amministrativi e dei tempi procedurali procedimenti. Monitoraggio a cura del RPCT		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Distretto, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti del Distretto	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 05 dicembre 2017		
<b>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</b>				

Scheda di Budget per ATCPDS09 - DISTRETTO SOCIO SANITARIO 9 al mese di dicembre 2017

<b>CONTI GRUPPO 120 - 125</b>	<b>Consumato a dicembre 2016</b>	<b>Consumato a dicembre 2017</b>	<b>Proiezione 2017</b>	<b>Pre-Budget anno 2017</b>	<b>Delta Proiezione / Budget</b>
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	70.087,99	0,00	0,00	68.000,00	-68.000,00
DIAGNOSTICI E REAGENTI	6.681,81	0,00	0,00	6.479,00	-6.479,00
DISPOSITIVI MEDICI	111.979,30	0,00	0,00	108.627,20	-108.627,20
ALTRO MATERIALE SANITARIO	3.832,03	0,00	0,00	3.717,60	-3.717,60
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	46.749,80	0,00	0,00	45.344,20	-45.344,20
<b>TOTALE</b>	<b>239.330,93</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>232.168,00</b>	<b>-232.168,00</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. <b>Report Direttore Dip Cure Primarie</b>	15	5
						<b>20</b>	<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	<b>Referti on line</b> Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale , riorganizzazione delle attività del personale , ecc, ecc...	Nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	20	10
	2	<b>Numero Verde</b> riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	15	
	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	15	
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT -2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT ( almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE)  2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	15	

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	5	<b>PDTA BPCO</b> 1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di paziente a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	5	
	6	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari ) '- presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG		10
	7	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo	25	
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione ( festivi esclusi)		
	8	DGR.161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico '- presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista		10
9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interne, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"		10	

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto	
Performance/Adeguatezza	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12		10	
	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10	
	12	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>80</b>	<b>90</b>	
						<b>100</b>	<b>100</b>	

**Il Direttore Sanitario**  
**Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore**  
**Dott.ssa Loredana Minetti**

**Il Coordinatore Infermieristico**  
**Dott.ssa Monica Di Gaetano**

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Direttori di Distretto**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
<p>1) Aggiornare la gestione del rischio dei procedimenti/processi già mappati <b>(in oggi n. 3)</b> attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare l'attività di rianalisi verterà: a) sulla descrizione dei rischi; b) sulle misure di prevenzione in modo che risultino concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi;</p>	<p>Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili</p>	<p>Entro il 28/02/2017 invio al RPCT della tabella sulla gestione del rischio rivista/modificata/aggiornata, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT</p>		
<p>2) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.</p>	<p>frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.</p>	<p>Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso</p>	10	10
<p>3) Monitorare costantemente le sotto - sezioni di "Amministrazione Trasparente" di propria competenza, verificandone la completezza, la correttezza nonché il rispetto della tempistica di pubblicazione</p>	<p>Rispetto della completezza dei dati e della tempistica prevista nel PTPCT</p>	<p>Pubblicazione puntuale dei dati relativi ai procedimenti amministrativi e dei tempi procedurali procedimenti. Monitoraggio a cura del RPCT</p>		
<p>4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Distretto, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti del Distretto</p>	<p>Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT</p>	<p>Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 05 dicembre 2017</p>		
<p><b>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</b></p>				

## Scheda di Budget per ATPDS10 - DISTRETTO SOCIO SANITARIO 10 al mese di dicembre 2017

CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	72.719,18	0,00	0,00	70.556,12	-70.556,12
DIAGNOSTICI E REAGENTI	18.784,34	0,00	0,00	18.226,70	-18.226,70
DISPOSITIVI MEDICI	165.612,50	0,00	0,00	160.630,56	-160.630,56
ALTRO MATERIALE SANITARIO	5.876,69	0,00	0,00	5.698,48	-5.698,48
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	70.190,13	0,00	0,00	68.079,66	-68.079,66
<b>TOTALE</b>	<b>333.182,84</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>323.191,52</b>	<b>-323.191,52</b>

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Distretto 11 Centro  
Direttore Dottore Carlo Nava

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. <b>Report Direttore Dip Cure Primarie</b>	15	5
						<b>20</b>	<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	<b>Referti on line</b> Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale , <b>riorganizzazione delle attività</b>	nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	20	10
	2	<b>Numero Verde</b> riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	15	
	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	15	
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT -2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT ( almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE) 2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	15	

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	5	<b>PDTA BPCO</b> 1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazientia rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	5	
	6	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari ) '- presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG		10
	7	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo	25	
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione ( festivi esclusi)		
	8	DGR.161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico '- presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista	10	
9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interne, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"	10		

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto	
Performance/Appropriatezza	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12		10	
	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10	
	12	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>80</b>	<b>90</b>	
						<b>100</b>	<b>100</b>	

**Il Direttore Sanitario**

**Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale**

**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore**

**Dottore Carlo Nava**

**Il Coordinatore Infermieristico**

**D.ssa Paola Mossa**

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Direttori di Distretto**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aggiornare la gestione del rischio dei procedimenti/processi già mappati <b>(in oggi n. 3)</b> attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare l'attività di rianalisi verterà: a) sulla descrizione dei rischi; b) sulle misure di prevenzione in modo che risultino concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi;	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 28/02/2017 invio al RPCT della tabella sulla gestione del rischio rivista/modificata/aggiornata, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT		
2) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso	10	10
3) Monitorare costantemente le sotto - sezioni di "Amministrazione Trasparente" di propria competenza, verificandone la completezza, la correttezza nonché il rispetto della tempistica di pubblicazione	Rispetto della completezza dei dati e della tempistica prevista nel PTPCT	Pubblicazione puntuale dei dati relativi ai procedimenti amministrativi e dei tempi procedurali procedimenti. Monitoraggio a cura del RPCT		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Distretto, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti del Distretto	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 05 dicembre 2017		
<b>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</b>				

Scheda di Budget per ATCPDS11 - DISTRETTO SOCIO SANITARIO 11 al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	12.574,31	0,00	0,00	12.184,24	-12.184,24
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICI E REAGENTI	6.878,49	0,00	0,00	6.668,25	-6.668,25
DISPOSITIVI MEDICI	102.374,03	0,00	0,00	99.304,48	-99.304,48
ALTRO MATERIALE SANITARIO	8.226,98	0,00	0,00	7.980,48	-7.980,48
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	33.835,55	0,00	0,00	32.829,72	-32.829,72
<b>TOTALE</b>	<b>163.889,36</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>158.967,17</b>	<b>-158.967,17</b>

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

**S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia**

**Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. <b>Report Direttore Dip Cure Primarie</b>	15	5
						<b>20</b>	<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	<b>Referti on line</b> Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale , riorganizzazione delle attività del personale , ecc, ecc...	Nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	20	10
	2	<b>Numero Verde</b> riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	15	
	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	15	
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT 2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT ( almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE)  2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l' adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	15	

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

**S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia**

**Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Proprietà	5	<b>PDTA BPCO</b> 1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazienti a rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	5	
	6	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari ) '- presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG		10
	7	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo		25
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione ( festivi esclusi)		
	8	DGR.161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico '- presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista		10
9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interne, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA**  
**S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia**  
**Direttore Dottoressa Maria Romana Dellepiane**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12		10
	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	12	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>80</b>	<b>90</b>
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Sanitario**  
Dott. Paolo Cavagnaro

**Il Direttore Generale**  
Dott. Luigi Carlo Bottaro

**Il Direttore**  
Dottoressa Maria Romana Dellepiane

**Il Coordinatore Infermieristico**  
D.ssa Serena Rossini

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Direttori di Distretto**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aggiornare la gestione del rischio dei procedimenti/processi già mappati (in oggi n. 3) attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare l'attività di rianalisi verterà: a) sulla descrizione dei rischi; b) sulle misure di prevenzione in modo che risultino concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi;	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 28/02/2017 invio al RPCT della tabella sulla gestione del rischio rivista/modificata/aggiornata, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT		
2) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso	10	10
3) Monitorare costantemente le sotto - sezioni di "Amministrazione Trasparente" di propria competenza, verificandone la completezza, la correttezza nonché il rispetto della tempistica di pubblicazione	Rispetto della completezza dei dati e della tempistica prevista nel PTPCT	Pubblicazione puntuale dei dati relativi ai procedimenti amministrativi e dei tempi procedurali procedimenti. Monitoraggio a cura del RPCT		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Distretto, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti del Distretto	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 05 dicembre 2017		
<b>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</b>				

Scheda di Budget per ATCPDS12 - DISTRETTO SOCIO SANITARIO 12 al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	51.630,80	0,00	0,00	50.102,74	-50.102,74
DIAGNOSTICI E REAGENTI	12.739,48	0,00	0,00	12.354,45	-12.354,45
DISPOSITIVI MEDICI	125.824,72	0,00	0,00	122.056,40	-122.056,40
ALTRO MATERIALE SANITARIO	6.873,42	0,00	0,00	6.666,32	-6.666,32
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	47.429,74	0,00	0,00	45.995,40	-45.995,40
<b>TOTALE</b>	<b>244.498,16</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>237.175,31</b>	<b>-237.175,31</b>

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2016 AREA DIRIGENZA**

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento appropriatezza autorizzativa assistenza protesica nei sei distretti e contenimento della spesa attraverso sperimentazione nuovo modello autorizzativo con impegno dei quattro referenti medici "a scavalco" sui sei distretti per l'autorizzazione, ciascuno, di una particolare categoria di ausili tra le seguenti: 1) calzature ortopediche e plantari 2) Protesi AA.II. 3) Apparecchi acustici 4) Carrozze pieghevoli e seggioloni polifunzionali	Diminuzione della spesa esterna del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili		Uniformità ed equità autorizzativa nei sei distretti e diminuzione della spesa "esterna" del 3% rispetto anno 2016 per le quattro categorie di ausili. <b>Report Direttore Dip Cure Primarie</b>	15	5
						<b>20</b>	<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	<b>Referti on line</b> Aumento dell'adesione al progetto " Il referto a portata di clic" da parte dei cittadini residenti nel distretto, da conseguire attraverso i MMG e la campagna informativa locale , riorganizzazione delle attività del personale , ecc, ecc...	Nr di adesioni al 31/12/2017		aumento del 30% rispetto al n.° di adesioni al 31/12/2016	20	10
	2	<b>Numero verde</b> riorganizzazione ed ampliamento del numero verde aziendale con presenza di referenti nei distretti per fornire ai cittadini residenti informazioni/risposte per le prestazioni B e D che superano i tempi massimi consentiti	Definizione della procedura e individuazione del referente		Numero di richieste pervenute attraverso il numero verde/ collocazione di pazienti in visita entro i termini stabiliti dalla priorità (Percentuale di soluzione delle proposte)	15	
	3	Controllo dei T.A delle prestazioni distrettuali con segnalazione e proposta di rimodulazione delle agende in relazione al drop-out e ai tempi di attesa anche delle P che non dovranno superare i 180 giorni	Nr di agende segnalate e rimodulate con le Cure primarie.		Rispetto delle % di soddisfazione delle priorità nell'area territoriale del distretto Rispetto della % di soddisfazione dei tempi di attesa delle P (180 giorni) (percentuale da stabilire a livello aziendale) (in collaborazione con le CURE PRIMARIE)	15	
	4	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT - 2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n°di incontri con AFT ( almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (in collaborazione con CURE PRIMARIE)  2) evidenza di provvedimenti/ atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT (in collaborazione con CURE PRIMARIE)	15	

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2016 AREA DIRIGENZA

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	5	<b>PDTA BPCO</b> 1) Favorire integrazione tra ospedale e territorio e studi medici associati MMG nell'individuazione dei pazienti a rischio e loro presa in carico 2) formulare diagnosi di BPCO attraverso esecuzione di spirometria basale 3) garantire la gestione dei pazienti attraverso la rete dei servizi 4) promozione della centralità di azione dell'ambulatorio infermieristico nella migliore definizione della rete di accoglienza dei pazienti affetti da BPCO	1) numero questionari GOLD restituiti compilati/numero questionari somministrati c/o Amb Infermieristici 2) numero spirometrie eseguite/numero utenti segnalati al MMG 3) numero pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico/numero utenti segnalati al MMG attraverso valutazione questionario GOLD 4) n° utenti risultati a rischio o con BPCO conclamata/n° questionari compilati		- entro giugno 2017 almeno il 50% dei questionari consegnati restituiti compilati - entro settembre 2017 50% spirometrie eseguite, depurando il dato relativo ai pazienti già seguiti per BPCO - entro settembre 2017 50% pazienti inviati all'ambulatorio specialistico pneumologico - entro dicembre 2017 elaborazione dati per verifica percentuale di pazientia rischio BPCO ovvero con BPCO conclamata	5	
	6	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI a) Potenziamento dell'offerta: applicazione PDTA BPCO domiciliare	Individuazione pazienti a rischio attraverso la compilazione del questionario GOLD segnalazione al MMG		- somministrazione scheda Gold ad almeno 70 % pazienti in carico in regime prestazionale (esclusi i prelievi domiciliari ) '- presa in carico di almeno 80 % dei pazienti segnalati dai MMG		10
	7	DGR.161/2016 AREA SISTEMA CURE DOMICILIARI b) Applicazione percorso semplificato "presa in carico" dopo dimissioni ospedaliere	Semplificare ed uniformare il sistema di segnalazione ospedaliero		- in collaborazione con le U.V.O. revisione delle modalità di segnalazione ospedaliera per presa in carico (entro giugno 2017 elaborazione modulo e determinazione trasmissione informatica) - da settembre 2017 implementazione utilizzo		25
			Garantire il primo accesso infermieristico entro 48 ore dal rientro al domicilio		al 31 dicembre 2017 almeno 70% dei pazienti segnalati dagli ospedali, primo accesso infermieristico entro 48 ore dalla dimissione ( festivi esclusi)		
	8	DGR.161/2016 AREA CRONICITA' a) Implementazione adesioni protocolli e/o PDTA	Implementazione individuazione pazienti a rischio BPCO afferenti agli ambulatori infermieristici distrettuali		- somministrazione scheda Gold ai pazienti in carico in almeno due sedi di ambulatorio infermieristico '- presa in carico per monitoraggio del 80% dei pazienti segnalati dal MMG/Specialista		10
9	Effettuazione di nr 1 accesso domiciliare indipendentemente da bisogni sanitari manifesti	nr 1 accesso per dimesso over 75 entro 10 g dalla dimissione		Nr 1 accesso entro 10 gg dalla dimissione per pz over 75 provenienti da Medicina Interne, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Cure Intermedie ASL 3 "Genovese"		10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2016 AREA DIRIGENZA**

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto	
Performance/Appropriatezza	10	Ambulatori Infermieristici	Potenziamento attività infermieristica nell'area della cronicità		entro il 31.12.2017 incremento orario del 20 % settimanale in almeno 1 ambulatorio infermieristico per distretto al 31/12		10	
	11	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10	
	12	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)			
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>80</b>	<b>90</b>	
						<b>100</b>	<b>100</b>	

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> Dottore Mario Fiscì
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> D.ssa Monica Tognarelli
---

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Direttori di Distretto**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
<p>1) Aggiornare la gestione del rischio dei procedimenti/processi già mappati <b>(in oggi n. 3)</b> attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare l'attività di rianalisi verterà: a) sulla descrizione dei rischi; b) sulle misure di prevenzione in modo che risultino concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi;</p>	<p>Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili</p>	<p>Entro il 28/02/2017 invio al RPCT della tabella sulla gestione del rischio rivista/modificata/aggiornata, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT</p>		
<p>2) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.</p>	<p>frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.</p>	<p>Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso</p>	10	10
<p>3) Monitorare costantemente le sotto - sezioni di "Amministrazione Trasparente" di propria competenza, verificandone la completezza, la correttezza nonché il rispetto della tempistica di pubblicazione</p>	<p>Rispetto della completezza dei dati e della tempistica prevista nel PTPCT</p>	<p>Pubblicazione puntuale dei dati relativi ai procedimenti amministrativi e dei tempi procedurali procedimenti. Monitoraggio a cura del RPCT</p>		
<p>4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Distretto, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti del Distretto</p>	<p>Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT</p>	<p>Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT entro il 05 dicembre 2017</p>		
<p><b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b></p>				

Scheda di Budget per ATCPDS13 - DISTRETTO SOCIO SANITARIO 13 al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	184.943,98	0,00	0,00	179.385,36	-179.385,36
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	661.470,37	0,00	0,00	641.626,59	-641.626,59
DIAGNOSTICI E REAGENTI	15.671,31	0,00	0,00	15.196,50	-15.196,50
DISPOSITIVI MEDICI	100.565,46	0,00	0,00	97.537,44	-97.537,44
ALTRO MATERIALE SANITARIO	3.724,10	0,00	0,00	3.619,44	-3.619,44
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	57.726,77	0,00	0,00	55.992,75	-55.992,75
<b>TOTALE</b>	<b>1.024.101,99</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>993.358,08</b>	<b>-993.358,08</b>

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

### S.C. Cure Primarie

**Direttore Dottore Lorenzo Bistolfi**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Ottimizzazione costi relativi all'acquisto di servizi sanitari (MMG, ambul, PPAA...)	Rispetto budget economico assegnato		Vedi scheda allegata denominata Budget 2017	10	5
						<b>15</b>	<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	Migliorare la governance della Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna attraverso il monitoraggio della saturazione delle Agende, ricondotte al numero di ore di incarico settimanale dei singoli specialisti, con riordino dell'offerta.	verifiche e saturazione delle singole Agende rapportato al numero di ore di incarico settimanale		verifiche singole Agende 100% saturazione delle agende tra 85 e 90%	20	20
	2	Monitoraggio dell'appropriatezza delle Prescrizioni di Specialistica Ambulatoriale da parte degli Specialisti Convenzionati Interni con il coinvolgimento di almeno una struttura specialistica aziendale. (in collaborazione con i Distretti e con il POU che partecipa con una specialità ad esempio Cardiologia)	% prescrizioni su cui sono state fatte le verifiche della concordanza della classe di priorità assegnata dal medico prescrittore rispetto alla valutazione dello specialista sulla base delle schede RAO (valore percentuale di prescrizioni concordanti).		Percentuale di prescrizioni su cui sono state fatte le verifiche di concordanza maggiore o uguale 80%	20	20
	3	Riorganizzazione delle competenze distrettuali e dei rapporti con gli AFT ( MMG-PLS) con presenza di referenti nei distretti a cui gli AFT possano fare riferimento, secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	1)Evidenza del nuovo disegno di riorganizzazione e del protocollo condiviso con AFT 2) applicazione al 100% del modello AFT		1) n° di incontri con AFT ( almeno 6 l'anno) ed evidenza dei contatti e delle problematiche riscontrate (DISTRETTI)  2) evidenza di provvedimenti/atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l' adesione di tutti i MMG/PLS al modello AFT	10  10	

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

**S.C. Cure Primarie**

**Direttore Dottore Lorenzo Bistolfi**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
	4	Organizzazione del modello AFT applicato alla specialistica ambulatoriale ( II semestre 2017 in presenza delle indicazioni regionali), secondo quanto previsto da deliberazione n. 1 del 12/01/2017 di A.li.Sa	applicazione del modello AFT ( ogni specialista deve essere inserito nel modello AFT)		evidenza di provvedimenti/atti/relazioni che attestino l'avvenuta riorganizzazione con l'inserimento di tutti i SUMAI al modello AFT	15	
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	20
						<b>85</b>	<b>60</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>	<b>70</b>
--------------------------------	------------	-----------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
<b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>

<b>Il Direttore SC Cure Primarie</b>
<b>Dottore Lorenzo Bistolfi</b>

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

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
<p>1) Verificare se, tra i procedimenti/processi attualmente valutati a basso rischio ve ne siano alcuni da rivalutare a medio o alto rischio secondo i seguenti criteri: a) Individuazione degli eventi di natura corruttiva che potrebbero verificarsi in relazione ai procedimenti/processi; b) Indicazione delle misure di prevenzione concrete, fattibili, adeguatamente programmate, congrue rispetto ai rischi relativi ad ogni processo analizzato; c) Organizzazione di appositi gruppi di lavoro, con lo scopo di migliorare la qualità del processo di autoanalisi organizzativa e della gestione del rischio;</p>	<p>Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alle date fissate; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili</p>	<p>Entro il 30/10/2017 invio al RPCT della tabella, sulla gestione del rischio, da elaborare, nel rispetto delle indicazioni e dei criteri di qualità descritti nell'obiettivo e previsti nel PTPCT</p>		
<p>2) Aggiornare ed integrare la sotto-sezione di Amministrazione Trasparente relativa a: "criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione", rispettando la tempistica indicata</p>	<p>Rispetto della completezza dei dati e della tempistica indicata nell'all.to n. 1 della Del ANAC n.1310/2016</p>	<p>Entro 28/02/2017 elaborazione di un modello condiviso con la Direzione Aziendale Pubblicazione puntuale e in continuo aggiornamento dei dati relativi alla sottosezione di Amministrazione Trasparente di cui all'obiettivo. Aggiornamento dei dati: entro il 31/03/2017 e costante mantenimento dell'aggiornamento. Monitoraggio a cura del RPCT</p>	10	20
<p>2) Aggiornare ed integrare la sotto-sezione di I livello di Amministrazione Trasparente : "sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici", rispettando la tempistica già concordata nel 2014</p>	<p>Rispetto della completezza dei dati e della tempisticagà concordata</p>	<p>Entro il 28/02/2017 aggiornamento all'ultimo provvedimento adottato. Costante aggiornamento della sottosezione di Amministrazione Trasparente indicata nel presente obiettivo.</p>		
<p><b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b></p>				

Scheda di Budget per ATCPCUPR - S.C. CURE PRIMARIE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ALTRO MATERIALE SANITARIO	9.474,86	0,00	0,00	9.191,88	-9.191,88
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	17.359,46	0,00	0,00	16.835,94	-16.835,94
<b>TOTALE</b>	<b>26.834,32</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>26.027,82</b>	<b>-26.027,82</b>

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**

**S.S.D. Cure Palliative**

**Dottore Flavio Fusco**

	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
						<b>5</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Sviluppare il sistema delle reti con gli altri soggetti insistenti sull'area Metropolitana attraverso l'Implementazione dell'adesione a protocolli e/o PDTA	Redazione di procedure comuni ai servizi ( ASL3 – Galliera-no-profit ) in merito al controllo dei sintomi disturbanti		Elaborazione di fact-sheet sulle procedure di controllo dei sintomi principali in cure palliative entro 30/6 *Procedure codificate e condivise entro novembre 2017	20	10
	2	Garantire il monitoraggio della qualità dei servizi offerti dalle strutture in convenzione	Redazione di una procedura per vigilanza e controllo dell'attività in hospice e a domicilio		Entro il 30/06/2017 elaborazione procedura per i controlli a domicilio. Dall'1/07/2017 almeno 2 controlli annuali dell'attività in hospice e 4 dell'attività a domicilio	20	10
	3	Garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio con presa in carico dalla rete di cure palliative domiciliari alla dimissione	Redazione di una procedura per le dimissioni protette del paziente di bisogni di Cure palliative e per il suo affido ai servizi domiciliari		Stesura di procedura entro aprile 2017 e utilizzo di modulistica unica nella Rete di cure Palliative Numero di attivazione dei servizi secondo procedura Numero di valutazioni di CP intraospedaliere prima della dimissione	10	25
	4	Garantire Formazione multidisciplinare e integrazione dei servizi di CP ( art 2 accordo stato regioni 25/7/2012). Sviluppare sistema delle Reti	Istituzione di corso specifico di formazione di II e III livello integrato ASL3-no profit e rete di CP metropolitana operante nella Rete Locale di Cure Palliative		Attivazione di nuovo corso di II livello sulla gestione dei quadri complessi in Cure Palliative per il livello base- personale ASL3- e corso di aggiornamento specialistico ( III livello) per personale afferente alla Rete entro novembre 2017	10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**

**S.S.D. Cure Palliative**

**Dottore Flavio Fusco**

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
5	Sviluppare procedure comuni di audit nella rete di Cure palliative	Adozione del POS (palliative outcome scale) come strumento di audit e di qualità nei servizi afferenti alla Rete di Cure Palliative		Numero di POS eseguiti sui pazienti inseriti in programmi di CP a domicilio	15	25
6	Sviluppare progettualità con MMG per migliorare la presa in carico di pazienti con bisogni di cure palliative	Elaborazione di scheda unica di attivazione dei servizi della Rete Metropolitana di Cure Palliative da parte del MMG	Non esiste scheda unica ; frammentazione delle segnalazioni	Entro aprile 2017 stesura della scheda Entro settembre 2017 applicazione della scheda nei DSS 9 e 10 e monitoraggio numero MMG coinvolti	10	
7	Azioni relative alla comunicazione/diffusione della cultura delle cure palliative	Redazione di opuscolo per la cittadinanza sul dolore e sull'accesso alle cure palliative		Entro aprile 2017 Stampa e pubblicazione entro settembre 2017	10	10
					<b>95</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>  <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b>  <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile S.S.D. Cure Palliative</b>  <b>Dott. Flavio Fusco</b>	<b>Il Coordinatore S.S.D. Cure Palliative</b>
--	---

Scheda di Budget per ATCPALL - S.S.D. CURE PALLIATIVE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	33.123,46	0,00	0,00	32.134,08	-32.134,08
DIAGNOSTICI E REAGENTI	7,14	0,00	0,00	4,80	-4,80
DISPOSITIVI MEDICI	19.396,27	0,00	0,00	18.816,64	-18.816,64
ALTRO MATERIALE SANITARIO	497,87	0,00	0,00	482,88	-482,88
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	6.460,22	0,00	0,00	6.270,00	-6.270,00
<b>TOTALE</b>	<b>59.484,96</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>57.708,40</b>	<b>-57.708,40</b>

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

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

	<b>100</b>	<b>100</b>
--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile</b> <b>S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario</b>
---

<b>Il Coordinatore</b> <b>S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario</b>
---

Scheda di Budget per ATCPSAPZ - S.S.D. TUTELA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	392.257,57	0,00	0,00	380.487,03	-380.487,03
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICI E REAGENTI	9.016,22	0,00	0,00	8.744,05	-8.744,05
DISPOSITIVI MEDICI	35.731,08	0,00	0,00	34.659,52	-34.659,52
ALTRO MATERIALE SANITARIO	1.282,10	0,00	0,00	1.244,04	-1.244,04
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	16.169,77	0,00	0,00	15.685,67	-15.685,67
<b>TOTALE</b>	<b>454.456,74</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>440.820,31</b>	<b>-440.820,31</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,77 Proiez Anno 2016= 0,77	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>15</b>
Performance/Adeguatezza	1	Migliorare la governance della Specialistica Ambulatoriale	saturazione superiore all'80% delle agende ARP (Agenda riservata reparto)		saturazione del 90% delle agende ARP per test da sforzo ed ECG dinamico secondo Holter della S.C. Cardiologia-UTIC e Territorio	15
			% prestazioni con classe di priorità B (con esclusione 2 <sup>a</sup> visite) garantite entro 10 giorni dalla prenotazione		Almeno il 90% delle prestazioni garantite entro 10 giorni	
	2	Continuità assistenziale del paziente sottoposto a procedura invasiva aritmologica: identificazione precoce di eventuali complicazioni attraverso appropriata presa in carico	- presenza data appuntamento sulla lettera di dimissione: 90% - effettuazione della visita a 7/10 giorni per il 90% dei casi		Almeno il 90% delle lettere di dimissione del campione con data appuntamento Effettuazione visita tra 7 e 10 giorni	10
	3	Utilizzo di uno score prognostico – in particolare lo score GRACE – per la indicazione ed il timing di invio a esame coronarografico presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Villa Scassi dei pazienti con infarto non STEMI ricoverati presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Padre Antero Micone ( Global Registry of Acute Coronary Events)	100% delle coronarografie eseguite in pz inviati da S.C. Cardiologia-UTIC Micone a S.C. Cardiologia-UTIC Villa Scassi devono avere lo Score GRACE		- applicazione dello Score GRACE nell'80% dei pazienti ricoverati con infarto Non STEMI presso S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Padre Antero Micone (lo score non è clinicamente applicabile in parte dei pazienti) - effettiva esecuzione di esame coronarografico presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Villa Scassi	15
4	Organizzazione di agende della Specialistica Ambulatoriale Cardiologica specificamente dedicate al follow-up dei pazienti affetti da fibrillazione atriale precedentemente ricoverati o seguiti presso le strutture complesse del Dipartimento di Cardiologia.	Elaborazione di un PDTA del paziente con fibrillazione atriale in ambito aziendale attivazione di agende della Specialistica Ambulatoriale Cardiologica specificamente dedicate a pazienti con fibrillazione atriale inviati dalle strutture cardiologiche del Dipartimento di Cardiologia		A far data del 1 Luglio 2017 applicazione del PDTA	10	

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
	5	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	5
						<b>85</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Cardiologia/UTIC Micone e Territorio</b> <b>Dottore Stefano Domenicucci</b>
---

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	Applicazione del PDTA Scopenso Cardiaco dei pazienti degenti nelle cardiologie e nelle medicine dei due presidi (Villa Scassi, Micone)	n° dei pazienti con prima diagnosi di dimissione di Scopenso Cardiaco arruolati nel PDTA		Elaborazione progetto ad hoc entro il 30 maggio 2017. Entro il mese di luglio saranno individuati gli infermieri di continuità assistenziale affidamento dei pazienti all'infermiere di continuità assistenziale per l'organizzazione del percorso territoriale dei pz.	40
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	30
	3	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	20
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Cardiologia/UTIC Micone e Territorio</b> <b>Dottore Stefano Domenicucci</b>
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Cardiologia/UTIC Micone e Territorio</b>
--

Scheda di Budget per A08C0801 - S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALI P.A. MICONE, GALLINO,  
LA COLLETTA E TERRITORIO al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	105.829,06	0,00	0,00	102.659,60	-102.659,60
DIAGNOSTICI E REAGENTI	15.773,96	0,00	0,00	15.300,80	-15.300,80
DISPOSITIVI MEDICI	907.916,51	0,00	0,00	880.678,40	-880.678,40
ALTRO MATERIALE SANITARIO	7.000,65	0,00	0,00	6.790,72	-6.790,72
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	27.960,29	0,00	0,00	27.117,20	-27.117,20
<b>TOTALE</b>	<b>1.064.480,47</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.032.546,72</b>	<b>-1.032.546,72</b>

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

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media trimmata a sn	6,44	6,99	Mantenimento	5
Peso Medio	1,36	1,43	Mantenimento	10
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	Drg LEA 1,63% (8/491)	Drg LEA 0% (0/359 )	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	7,58 (20/264)	8% (14/175)	Mantenimento <=18%	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	0,91% (2/220)	3,66% (6/164)	Mantenimento <=4%	2,5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	6,26% (29/463)	4,01% (13/324)	<=4,30%	5
				<b>30</b>

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA**

**S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi**

**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,09 Proiez Anno 2016 = 1,09	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>15</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30
	2	Pazienti con infarto miocardico con soprasslivellamento (STEMI) trattati con angioplastica entro 48 ore	% paz trattati		> 80%	15
		Pazienti con infarto miocardico senza soprasslivellamento (NSTEMI) trattati con angioplastica entro 48 ore	% paz trattati		per Villa Scassi = > 35%	
		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	
3	Utilizzo di uno score prognostico – in particolare lo score GRACE – per la indicazione ed il timing di invio a esame coronarografico presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Villa Scassi dei pazienti con infarto non STEMI ricoverati presso la S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Padre Antero Micone	100% delle coronarografie eseguite in pz provenienti da S.C. Cardiologia UTIC Micone devono avere lo Score GRACE		- applicazione dello Score GRACE nell'80% dei pazienti ricoverati con infarto Non STEMI presso S.C. Cardiologia-UTIC dell'Ospedale Padre Antero Micone (lo score non è clinicamente applicabile in parte dei pazienti) '- effettiva esecuzione di esame coronarografico presso la S.C. Cardiologia-UITC dell'Ospedale Villa Scassi	15	
4	Organizzazione di agende della Specialistica Ambulatoriale Cardiologica specificamente dedicate al follow-up dei pazienti affetti da fibrillazione atriale precedentemente ricoverati o seguiti presso le strutture complesse del Dipartimento di Cardiologia.	Elaborazione di un PDTA del paziente con fibrillazione atriale in ambito aziendale attivazione di agende della Specialistica Ambulatoriale Cardiologica specificamente dedicate a pazienti con fibrillazione atriale inviati dalle strutture cardiologiche del Dipartimento di Cardiologia		A far data del 1 Luglio 2017 applicazione del PDTA	15	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA**

**S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi**

**Direttore Dottore Paolo Rubartelli**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
						<b>85</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>  <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b>  <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b>  <b>S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi</b>  <b>Dottore Paolo Rubartelli</b>
---

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						10
Performance/Appropriatezza	1	Applicazione del PDTA Scompenso Cardiaco dei pazienti degenti nelle cardiologie e nelle medicine dei due presidi (Villa Scassi, Micone)	n° dei pazienti con prima diagnosi di dimissione di Scompenso Cardiaco arruolati nel PDTA		Elaborazione progetto ad hoc entro il 30 maggio 2017. Entro il mese di luglio saranno individuati gli infermieri di continuità assistenziale affidamento dei pazienti all'infermiere di continuità assistenziale per l'organizzazione del percorso territoriale dei pz.	40
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	30
	3	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	20
						90

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi Dottore Paolo Rubartelli
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi
--

Scheda di Budget per A08C0802 - S.C. CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALE VILLA SCASSI al  
 mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	159.151,38	0,00	0,00	154.380,06	-154.380,06
DIAGNOSTICI E REAGENTI	7.625,04	0,00	0,00	7.397,40	-7.397,40
DISPOSITIVI MEDICI	1.620.133,06	0,00	0,00	1.571.531,52	-1.571.531,52
ALTRO MATERIALE SANITARIO	3.690,84	0,00	0,00	3.581,28	-3.581,28
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	13.758,99	0,00	0,00	13.342,56	-13.342,56
<b>TOTALE</b>	<b>1.804.359,31</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.750.232,82</b>	<b>-1.750.232,82</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media trim sn	6,22	6,06	Mantenimento	10
Peso Medio	1,84	1,81	Mantenimento	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	LEA 1,20% (9/747)	LEA 0% (0/529)	Mantenimento	2,5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	18,59% (50/269)	14,14% (27/191)	<15,5	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	2,90% (6/207)	4,70% (7/149)	Mantenimento soglia <4%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	3,85% (27/702)	6,48% (32/494)	Mantenimento soglia <4,5%	5
				<b>30</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,11 Proiez Anno 2016= 1,07	Miglioramento del rapporto Anno 2015 Report CCD	10
						15
Performance/Appropriatezza	1	Proposta di prosecuzione dell'attività riabilitativa a Fiumara dei pazienti ASL 3 ricoverati per riabilitazione cardiologica degenziale presso la Colletta	Almeno il 5% di pz di pertinenza ASL 3 inseriti nel programma ambulatoriale		Entro il 31/12 almeno il 5% di pz di pertinenza ASL 3 inseriti nel programma ambulatoriale (nr 15 pazienti)	20
	2	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30
	3	Gestione del dolore nei pazienti cardiooperati	Elaborazione scheda		Elaborazione di apposita scheda per la rilevazione del dolore compilazione della scheda da parte del medico che apre in ricovero: 100% delle schede compilate	15
	4	Prosecuzione progetto dimissione protetta con contatto telefonico diretto con MMG curante o con appuntamento presso ambulatorio territoriale specialistico	incremento % pazienti con dimissione protetta		100% pazienti con EF<35% 50% pazienti se residenti ASL 3 <b>Monitoraggio SC POU</b>	10
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
						85

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.S.D. Cardiologia Riab Colletta</b> <b>Dottor Piero Clavario</b>
--

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						<b>10</b>
	1	La gestione delle medicazioni di drenaggio toracico	Formazione del personale Elaborazione di Istruzione Operativa Riduzione del n° di medicazioni	Effettuate 2500 medicazioni su drenaggi toracici	100% personale formato Entro 30/6 Istruzione operativa Riduzione del 5% delle medicazioni	20
	2	Progetto dimissione protetta con prosecuzione trattamento sul territorio presso ambulatori infermieristici	incremento % pazienti con dimissione protetta		100% dei casi con indicazione - evidenza in documentazione sanitaria dell'indicazione all'appuntamento <b>Monitoraggio SC POU</b>	10
	3	Promozione della cultura della Best Practice	Effettuazione della valutazione fisioterapica nel corso della stessa giornata di ricovero o nel corso delle 24 h dall'ingresso del paziente (per personale fisioterapista) % valutazioni fisioterapiche		Almeno il 60% valutazioni fisioterapiche nella giornata di ricovero almeno l'80% valutazioni fisioterapiche nelle prime 24 h dall'ingresso <b>Monitoraggio SC Professioni Sanitarie</b>	25
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	25
	5	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	10
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.S.D. Cardiologia Riab Colletta</b> <b>Dottor Piero Clavario</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.S.D. Cardiologia Riab Colletta</b>
---

Scheda di Budget per A08C5602 - S.S.D. CARDIOLOGIA RIABILITATIVA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	36.810,25	0,00	0,00	35.706,12	-35.706,12
DIAGNOSTICI E REAGENTI	5.504,18	0,00	0,00	5.338,95	-5.338,95
DISPOSITIVI MEDICI	19.821,09	0,00	0,00	19.225,92	-19.225,92
ALTRO MATERIALE SANITARIO	3.518,41	0,00	0,00	3.413,16	-3.413,16
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	11.402,03	0,00	0,00	11.061,60	-11.061,60
<b>TOTALE</b>	<b>77.055,96</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>74.745,75</b>	<b>-74.745,75</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/9/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media	15,07	13,95	14	15
Tasso di occupazione posti letto	91,11	81,26	Mantenimento 95%	15
				<b>30</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	2015=1,24 Proiez Anno 2016= 1,10	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>15</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30
	2	Ottimizzazione delle risorse attraverso strategie interaziendali per lo screening di 2° livello del cervico carcinoma (collaborazione con OEI)	Presa in carico del 2° livello del cervicocarcinoma in collaborazione con OEI e riduzione tempi di attesa fra conclusione 1° livello e colposcopia	Pz ader Screening = <b>17.595</b> di cui sottoposte a colposcopia= <b>755 ( 4,3%)</b> Tempo di attesa tra data concl 1° liv e data colposcopia= <b>21 gg medi</b> Tempo di attesa colposcopia di FollowUp (dopo prec colposcopia)= N.V.	Nr di pazienti prese in carico dall'Ospedale Villa Scassi e dall'OEI e tempo di accesso al 2° livello <b>non superiore ai 15 gg</b> a parità di volumi di attività	20
	3	Rimodulazione dell'offerta di chirurgia specialistica . Offerta completa ed omogenea per il percorso del cervico carcinoma dello screening e terapia chirurgica con tempi di attesa adeguati nella logica del DMT	Istituzione entro 6/2017 di un percorso dedicato per l'intervento chirurgico dei casi positivi allo screening		Dal 1° Luglio 2017 tutte le pazienti trattate in base al percorso	20
	4	Stesura protocolli finalizzati alla riduzione dei parti cesarei inappropriati	Identificazione delle categorie di tagli cesarei secondo le classi di Robson dove è necessario ridurne la percentuale		Entro il 30/5 stesura protocolli. Dal 1 Giugno evidenza in cartella clinica dell'utilizzo delle classi di Robson	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Performance/Adeguatezza	5	1) Elaborazione e pubblicazione della Procedura Aziendale derivata dalla Raccomandazione Ministeriale n. 16. 2) Progettazione ed implementazione di un piano di formazione continua d'equipe dedicato alle complicanze gravi in sala parto: Distocia di Spalla, Emorragia Post Partum, Uso della ventosa (Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA)	rispetto della Procedura aziendale con valutazione attraverso audit interni 100% del personale afferente alla struttura ha partecipato agli incontri		1) Entro il 30/06/2017 pubblicazione sul sito aziendale della Procedura derivata dalla Raccomandazione Ministeriale n. 16. 2) Entro il 30/09/2017: evidenza di progettualità formativa che deve prevedere una attività pratica di simulazione d'equipe per ogni evento di concerto con SC Formazione Entro il 31/12/2017 almeno il 40% del personale coinvolto nelle attività di sala parto ha partecipato alla formazione <b>Monitoraggio UGR sulla realizzazione della procedura</b>	5
						85

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Ginecologia ed Ostetricia</b> <b>Dottore Gabriele Vallerino</b>
---

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.C. Ginecologia ed Ostetricia**

**Direttore Dott. Gabriele Vallerino**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	Controllo del dolore da travaglio di parto	Monitoraggio dell'indicatore "percentuale di donne che hanno usufruito dell'analgesia epidurale" verso "metodi naturali di contenimento del dolore" (dato di base per future valutazioni)		Completamento del corso FAD + parte in aula per tutto il personale infermieristico ed ostetrico afferente al dipartimento Evidenza di valutazione di una buona risposta al dolore attraverso scala di valutazione	30
	2	1) Elaborazione e pubblicazione della Procedura Aziendale derivata dalla Raccomandazione Ministeriale n. 16. 2) Progettazione ed implementazione di un piano di formazione continua d'equipe dedicato alle complicanze gravi in sala parto: Distocia di Spalla, Emorragia Post Partum, Uso della ventosa (Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA)	rispetto della Procedura aziendale con valutazione attraverso audit interni 100% del personale afferente alla struttura ha partecipato agli incontri		1) Entro il 30/06/2017 pubblicazione sul sito aziendale della Procedura derivata dalla Raccomandazione Ministeriale n. 16. 2) Entro il 30/09/2017: evidenza di progettualità formativa che deve prevedere una attività pratica di simulazione d'equipe per ogni evento di concerto con SC Formazione Entro il 31/12/2017 almeno il 40% del personale coinvolto nelle attività di sala parto ha partecipato alla formazione <b>Monitoraggio UGR sulla realizzazione della procedura</b>	30
	3	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	30
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>  <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b>  <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b>  <b>S.C. Ginecologia ed Ostetricia</b>  <b>Dottore Gabriele Vallerino</b>
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Ginecologia ed Ostetricia</b>
---

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

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media trimm sn	3,26	3,26	Mantenimento	0
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016 <b>Drg 369 e Drg 381</b>	Drg 369 casi ric ord=49 Drg 381 casi ric ord=122	Drg 369 casi ric ord=36 <b>di cui a rischio inappr nr 2 casi</b> Drg 381 casi ric ord=87 <b>di cui 0 a rischio inappr</b>	Mantenimento	5
Indicatore C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	42,52%	36,36% (92/253)	<=25%	20
Indicatore C7.2 % parti indotti	13,23% (63/476)	10,51% (35/333)	9,50%	2,5
Indicatore C7.3 % episiotomie depurate (NTSV)	14,64% (29/198)	12,02% (19/158)	Mantenimento	2,5

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015=0,38 Proiez Anno 2016= 0,39	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>15</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30
	2	Riduzione liste di attesa prima visita allergologia	Esecuzione prima visita entro un mese		Esecuzione della prima visita entro un mese nel 90 % dei casi	10
	3	Riconversione in regime di dh del 95% dei Drg (cod ..... ) erogati in regime di ricovero ordinario presso rep 7301	% Drg riconvertiti in DH		95% riconversione in regime di dh dei Drg erogati in regime di ricovero ordinario presso rep 7301	15
	4	Promozione allattamento materno al seno esclusivo	nr neonati con allattamento al seno esclusivo		incremento 10% neonati con allattamento al seno esclusivo Valutazione al 45°giorno in occasione del controllo ecografico anche	5
	5	Miglioramento dell'accessibilità all'offerta vaccinale nel 1°anno di vita	prenotazione appuntamenti vaccinali pre dimissione		Prenotazione di quattro appuntamenti vaccinali prima della dimissione dei neonati, nei distretti di appartenenza Almeno il 95% dei nuovi nati con prenotazione	15
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
						<b>85</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Neonatologia</b> <b>Dottore Stefano Maccio'</b>
---

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	Promozione della cultura della Best Practice: Procedura "Percorso nascita in base alla raccomandazione MDS nr 16"	Esistenza documento di implementazione procedura		Entro 30/11 completamento documentazione necessaria ad implementare la procedura "Percorso nascita in base alla raccomandazione MDS nr 16" secondo i criteri individuati dalla BP Monitoraggio Direttore SC Professioni Sanitarie	15
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	15
	3	Questionario sulla soddisfazione della paziente ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	15
	4	Promozione allattamento materno al seno esclusivo	nr neonati con allattamento al seno esclusivo		incremento 10% neonati con allattamento al seno esclusivo Valutazione al 45°giorno in occasione del controllo ecografico anche	15
	5	Miglioramento dell'accessibilità all'offerta vaccinale nel 1°anno di vita	prenotazione appuntamenti vaccinali pre dimissione		Prenotazione di quattro appuntamenti vaccinali prima della dimissione dei neonati, nei distretti di appartenenza Almeno il 95% dei nuovi nati con prenotazione	10
	6	Formulazione procedura ed adozione di scheda per la valutazione del dolore nel neonato	n.° cartelle con scheda di valutazione del dolore/tot. cartelle		entro 30 settembre 2017 completamento procedura entro 31/10 adozione della scheda di valutazione del dolore per tutti i nati dopo tale data.	20
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Neonatologia</b> <b>Dottore Stefano Macciò'</b>
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Neonatologia</b>
--

## INDICATORI DI PERFORMANCE

### S.C. Neonatologia

Direttore Dott. Stefano Macciò

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media trimm sn (Neonatologia)	2,90	2,76	Mantenimento	0
Indicatore C14.2.2: % ricoveri pediatrici in DH medico con finalita' diagnostica (Pediatria)	92,86% (104/112)	56,41% (22/39)	Mantenimento	5
Indicatore C14.3.2: % di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (Neonatologia e Patologia Neonatale)	Nido= 19,05% (16/84) Patologia Neonatale=21,88% (7/32)	Nido = 31,58% (18/572) Patologia neonatale= 40% (12/30)	<=18%	5
Neonati sani : % su totale dimessi da Neonatologia e Patologia Neonatale	Anno 2015 Nido=86,46% Patologia Neonatale= 45,31%	<b>Media SC= 84,5%</b> 'Nido=89,4% Patologia Neonatale=29,8%	>= 92%	20
				<b>30</b>

Scheda di Budget per A37M3102 - S.C. NEONATOLOGIA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	3.858,25	0,00	0,00	3.745,95	-3.745,95
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	115,24	0,00	0,00	111,95	-111,95
DIAGNOSTICI E REAGENTI	5.446,09	0,00	0,00	5.281,50	-5.281,50
DISPOSITIVI MEDICI	21.081,26	0,00	0,00	20.450,00	-20.450,00
ALTRO MATERIALE SANITARIO	224,25	0,00	0,00	218,00	-218,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	4.303,72	0,00	0,00	4.176,15	-4.176,15
<b>TOTALE</b>	<b>35.028,81</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>33.983,55</b>	<b>-33.983,55</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,58 Proiez Anno 2016= 1,65	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>15</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata <b>Monitoraggio CCD</b>	30
	2	Trasferimento in attività ambulatoriale chirurgica Drg 160-162 (Drg a rischio inappropriata)	Trasferimento casistica Drg 160-162 da attività ospedaliera in ambulatoriale		Trasferimento in regime ambulatoriale chirurgico della patologia trattata in ricovero ordinario Evidenza di motivazioni cliniche per i casi non trattati a livello ambulatoriale <b>Monitoraggio CCD</b>	10
	3	Soglie minime di volume di attività	almeno 50 nuovi casi / anno patologia maligna colon retto 10-12 nuovi casi /anno patologia maligna pancreas e stomaco		almeno 50 nuovi casi / anno patologia maligna colon retto 10-12 nuovi casi /anno patologia maligna pancreas e stomaco Monitoraggio CCD	10
	4	Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast (per la parte di competenza) di concerto con componenti del core team del DMT: Oncologie, Chirurgia Plastica, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager	Evidenza dati per la verifica degli indicatori		Inserimento dati in rete a partire dall'anno 2017 <b>Verifica trimestrale SC Qualità</b>	10
	5	Istituzione DMT carcinoma colon retto	Discussione casi		Condivisione secondo logica DMT sul 100% dei pz pervenuti alla struttura Monitoraggio Direzione POU	10
	6	PDPA condiviso con Gastroenterologia, Diagnostica Immagini, Direzione POU sul trattamento della calcolosi colecistico coledocica	Evidenza PDPA		Da 1/5 applicazione PDPA	10
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	5

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
						85

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

Il Direttore Sanitario Dott. Paolo Cavagnaro	Il Direttore Generale Dott. Luigi Carlo Bottaro
---	--

Il Direttore S.C. Chirurgia Generale Dottor Pietro Bisagni
--

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	Applicazione FMEA/FMECA nel dipartimento chirurgico	Verifica Applicazione azioni di miglioramento		Report sull'efficacia delle Azioni di miglioramento individuate nel 2016	20
	2	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	20
	3	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	15
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	15
	5	Istituzione ambulatorio infermieristico per preparazione dei pazienti chirurgici	Nr prestazioni effettuate		Al 30/6 attivazione fase sperimentale del progetto con almeno 2 reparti Dip Chirurgie Al 31/12 implementazione in tutto il dipartimento	20
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------

<p><b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro</p>	<p><b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro</p>
--	---

<p><b>Il Direttore</b> Dottor Pietro Bisagni</p>
--

<p><b>Il Coordinatore Infermieristico</b> S.C. Chirurgia Generale</p>
---



S.C. Centro di Controllo Direzionale

## INDICATORI DI PERFORMANCE

S.C. Chirurgia Generale

Direttore Dott. Pietro Bisagni

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media	7,36	7,33	6,50	5
Peso Medio	1,58	1,69	Mantenimento	2,5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	0,64	0,84	Mantenimento	2,5
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	24,28% (227/935)	21,96% (157/715)	Obt reg <= 17%	5
Indicatore C4.4: % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	41,94% (117/279)	39,80% (80/201)	<i>Soglia minima Decreto 70/2015=70%</i>	10
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	4,13% (49/1187)	4,44% (39/879)	Mantenimento standard <=4,30%	2,5
Indicatore C5.10 % resezioni programmate al colon in laparoscopia	90,91% (70/77)	88,52% (54/61)	Mantenimento	2,5
				<b>30</b>

CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	90.988,61	0,00	0,00	-103.892,95	-103.892,95
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	272,72	0,00	0,00	-264,88	-264,88
DIAGNOSTICI E REAGENTI	4.135,22	0,00	0,00	-4.112,15	-4.112,15
DISPOSITIVI MEDICI	466.043,69	0,00	0,00	-456.215,76	-456.215,76
ALTRO MATERIALE SANITARIO	42.011,12	0,00	0,00	-40.843,04	-40.843,04
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	9.104,74	0,00	0,00	-8.954,33	-8.954,33
<b>TOTALE</b>	<b>612.556,10</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>-614.283,11</b>	<b>-614.283,11</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
<i>Efficienza</i>	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015 = 1,14 Proiez Anno 2016= 1,28	Mantenimento rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>15</b>
<i>Performance/Appropriatezza</i>	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata <b>Monitoraggio CCD</b>	30
	2	Riorganizzazione day surgery ortopedica sulle sedi aziendali. con particolare riguardo all'artroscopia, anche in relazione al setting assistenziale	Evidenza progetto		Al 30/6 elaborazione progetto Dal 1/7 operatività	25
	3	Istituzione ambulatorio infermieristico ortopedico per follow-up dei pazienti operati e/o ricoverati presso la struttura e pronto soccorso ortopedico	Incremento visite settimanali		da 1/3 attivazione fase sperimentale del progetto	10
	4	Elaborazione PDTA per invio fratture di femore a Osp Colletta di concerto con RRF, Ass Geriatrica, Cure Intermedie e DMO	Evidenza PDTA		Entro 30/4 evidenza PDTA Da 1/5 attivazione	15
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	5
					<b>85</b>	

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> S.C. Ortopedia e Traumatologia Dottor Franco Pleitavino
---

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	Istituzione ambulatorio infermieristico ortopedico per follow-up dei pazienti operati e/o ricoverati presso la struttura e pronto soccorso ortopedico	Incremento visite settimanali		da 1/3 attivazione fase sperimentale del progetto	25
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	20
	3	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	25
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	20
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Ortopedia e Traumatologia</b> <b>Dottor Franco Pleitavino</b>
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Ortopedia e Traumatologia</b>
---

Scheda di Budget per A09C3603 - S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA al mese di dicembre 2017

CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	64.830,15	0,00	0,00	62.889,80	-62.889,80
DIAGNOSTICI E REAGENTI	8.176,26	0,00	0,00	7.928,50	-7.928,50
DISPOSITIVI MEDICI	919.905,40	0,00	0,00	892.311,20	-892.311,20
ALTRO MATERIALE SANITARIO	7.201,68	0,00	0,00	6.984,40	-6.984,40
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	18.118,23	0,00	0,00	17.573,60	-17.573,60
<b>TOTALE</b>	<b>1.018.231,72</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>987.687,50</b>	<b>-987.687,50</b>

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.C. Ortopedia e Traumatologia**  
**Direttore Dott. Franco Pleitavino**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza media lorda	12,51	12,26	11,5	10
Degenza media trimmata a sn	12,83	12,78		
Peso Medio	1,54	1,41	Mantenimento valori Anno 2015	0
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,88	1,65	<i>Obt Regionale</i> <= 1	5
Indicatore C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	64,10% (200/312)	59,34% (108/182)	Mantenimento valori Anno 2015	10
Indicatore C5.12 Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate	96,89% (312/322)	91,92% (182/198)	Mantenimento valori Anno 2015	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi	20,15% (27/134)	21,82% (24/110)	<15,05%	5
				<b>30</b>

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA**  
**S.S.D. Chirurgia del Piede**  
**Dottoressa Maria Teresa Gulino**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Report CCD	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,98 Proiez Anno 2016= 1,06	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata <b>Monitoraggio CCD</b>	30
		Mantenimento attività chirurgica	Nr interventi = Anno 2016		Mantenimento volumi attività chirurgica Anno 2016 Monitoraggio al 30/4	15
		Mantenimento degenza media ricoveri relativi al Drg 225	Rispetto parametri degenza media per ricoveri con Drg 225		D.M.>1 giorno solo per il 40% dei Drg 225	15
		Rimodulazione e potenziamento delle visite ambulatoriali	Nr. prestazioni erogate		Mantenimento volume delle visite ambulatoriali	20
		Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
					<b>90</b>	

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>  <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b>  <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile</b>  <b>S.S.D. Chirurgia del Piede</b> <b>D.ssa Maria Teresa Gulino</b>
---

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2016 AREA COMPARTO**

**S.S.D. Chirurgia del Piede  
Dottoressa Maria Teresa Gulino**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2015	Risultati attesi anno 2016 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance/Appropriatezza	1	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto. Entro il 31/12/2017:evidenza dello sviluppo del percorso audit;		Identificazione delle azioni di miglioramento individuate; Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio. Monitoraggio UGR	20
	2	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	25
	3	Rimodulazione e potenziamento delle visite ambulatoriali	Nr. prestazioni erogate		Mantenimento volume delle visite ambulatoriali	25
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	25
						95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Responsabile</b>  S.S.D. Chirurgia del Piede D.ssa Maria Teresa Gulino
---

Scheda di Budget per A09C3606 - S.S.D. CHIRURGIA DEL PIEDE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	5.288,95	0,00	0,00	5.130,60	-5.130,60
DIAGNOSTICI E REAGENTI	106,63	0,00	0,00	104,10	-104,10
DISPOSITIVI MEDICI	64.263,44	0,00	0,00	62.336,64	-62.336,64
ALTRO MATERIALE SANITARIO	230,29	0,00	0,00	222,84	-222,84
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	2.040,88	0,00	0,00	1.980,00	-1.980,00
<b>TOTALE</b>	<b>71.930,19</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>69.774,18</b>	<b>-69.774,18</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.S.D. Chirurgia del Piede**  
**Dottoressa Maria Teresa Gulino**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza media ricoveri ordinari DRG 225	6,67	3,97	Mantenimento Anno 2016	20
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	0,99	1,01	Mantenimento	5
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	5,4% (8/149)	4,65% ric ord 6,25% day surgery	Mantenimento	5
				<b>30</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,33 Proiez Anno 2016= 1,43	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>15</b>
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata/ CCD	30
	2	Stesura di un PDTA per "Pazienti candidati con patologia cutanea trattabili mediante laser a CO2"	Evidenza PDTA Nr interventi secondo PDTA x seduta ambulatoriale		Entro 30/06 stesura PDTA con verifica da parte del DMO Micone Al 31/12 attivazione di 2 sedute ambulatoriali con almeno 4 interventi a seduta per raggiungere almeno 100 interventi	15
	3	Appropriatezza regime di ricovero delle prestazioni erogate dalla SSD Day Surgery - Trasferimento in regime ambulatoriale del Drg 006 (Tunnel carpale)	Trasferimento casistica Drg 006 da attività ospedaliera in ambulatoriale		Almeno il 98% delle prestazioni ex Drg 006 erogate in regime ambulatoriale	15
	4	Trasferimento in attività ambulatoriale chirurgica Drg 119 (Drg a rischio inappropriata)	Trasferimento casistica Drg 119 da attività ospedaliera in ambulatoriale		Trasferimento in regime ambulatoriale chirurgico della patologia trattata in ricovero ordinario Evidenza di motivazioni cliniche per i casi non trattati a livello ambulatoriale <b>Monitoraggio CCD</b>	15
		Elaborazione protocollo per trattamento delle varici in regime ambulatoriale e in DS di concerto con Day Week Surgery, Radiologia, Anestesia, Direzione POU	Evidenza documento		Entro 30/4 evidenza protocollo <b>Monitoraggio SC POU</b>	
5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10	
						<b>85</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile</b> <b>S.S.D. Day e Week Surgery</b> <b>Dottor Marco Castagnola</b>
--

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.S.D. Day e Week Surgery**

**Dottore Marco Castagnola**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale medico e infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	20
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	20
	3	Istituzione ambulatorio infermieristico per preparazione dei pazienti chirurgici	Nr prestazioni effettuate		Al 30/6 attivazione fase sperimentale del progetto con almeno 2 reparti Dip Chirurgie Al 31/12 implementazione in tutto il dipartimento	25
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	25
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile</b> <b>S.S.D. Day e Week Surgery</b> <b>Dottor Marco Castagnola</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.S.D. Day e Week Surgery</b>
--

CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	28.086,82	0,00	0,00	27.240,80	-27.240,80
DIAGNOSTICI E REAGENTI	57,35	0,00	0,00	60,00	-60,00
DISPOSITIVI MEDICI	372.755,81	0,00	0,00	361.580,80	-361.580,80
ALTRO MATERIALE SANITARIO	5.346,45	0,00	0,00	5.183,20	-5.183,20
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	5.071,23	0,00	0,00	4.925,80	-4.925,80
<b>TOTALE</b>	<b>411.317,66</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>398.990,60</b>	<b>-398.990,60</b>

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

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Tasso di Occupazione	Day Surgery = 114,22%	Day Surgery = 109,04%	=100%	2,5
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	4,6% (9/195) WS 0% DS	1,79% WS 0% DS	0%	2,5
Indicatore C4.4: % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	58,57% (41/70)	78,79% (52/66)	mantenimento >=40%	5
Trasferimento in regime ambulatoriale DRG 160 e DRG 162 (prestazioni ad alto rischio inappropriatezza Dgr1222/2011)	241 casi (Drg 160/162) in reg ric 310 prest amb ex PAC (56% sul tot casi)	12 interventi in regime di ricovero ordinario 193 interventi in regime di ricovero diurno 275 interventi in regime ambulatoriale = 57,29% sul totale casi	almeno il 60% degli interventi effettuati in regime di ricovero deve essere effettuato in regime ambulatoriale	20
				<b>30</b>

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Urologia

Direttore f.f. Dottore Luigi Fasce

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,46 Proiez Anno 2016= 1,29	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						15
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata <b>Monitoraggio CCD</b>	30
	2	Gestione del percorso HFMECA (Health Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis)	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso HFMECA <b>Monitoraggio UGR</b>	20
	3	<b>Progetto rete Uro -Oncologica area metropolitana:</b> Istituzione DMT in ordine alla gestione del paziente uro oncologico (tumore del rene) di concerto con SSD Oncologia	Formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo Discussione casi		Entro 30/6 formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo da luglio 2017 discussione e condivisione secondo logica DMT sul 100% dei pz pervenuti alla struttura	25
	4	Potenziamento dell'attività ambulatoriale	Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2015		Incremento 10% volume delle prestazioni rispetto Anno 2016	10
						<b>85</b>

**TOTALE SCHEMA DI BUDGET**

**100**

**Il Direttore Sanitario**

**Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale**

**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore f.f.**

**S.C. Urologia  
Dottore Luigi Fasce**

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.C. Urologia**

**Direttore f.f. Dottore Luigi Fasce**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						<b>10</b>
Performance/Adeguatezza	1	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale medico e infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	20
	2	Gestione del percorso HFMECA (Health Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis)	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso HFMECA <b>Monitoraggio UGR</b>	20
	3	Identificazione di nr 2 processi critici in Urologia Elaborazione di azioni di miglioramento	Evidenza piani di miglioramento		Inizio percorso di formazione Entro 30/6 elaborazione piani di miglioramento	20
	4	Istituzione ambulatorio infermieristico per preparazione dei pazienti chirurgici	Nr prestazioni effettuate		Al 30/6 attivazione fase sperimentale del progetto con almeno 2 reparti Dip Chirurgie Al 31/12 implementazione in tutto il dipartimento	20
	5	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	10
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore f.f.</b> <b>S.C. Urologia</b> <b>Dottore Luigi Fasce</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Urologia</b>
--

Scheda di Budget per A09C4302 - S.C. UROLOGIA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	102.599,11	0,00	0,00	99.514,26	-99.514,26
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICI E REAGENTI	2.806,68	0,00	0,00	2.721,60	-2.721,60
DISPOSITIVI MEDICI	149.632,37	0,00	0,00	145.146,24	-145.146,24
ALTRO MATERIALE SANITARIO	18.604,29	0,00	0,00	18.047,16	-18.047,16
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	7.651,28	0,00	0,00	7.422,03	-7.422,03
<b>TOTALE</b>	<b>281.293,73</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>272.851,29</b>	<b>-272.851,29</b>

## INDICATORI DI PERFORMANCE

### S.C. Urologia

### Dottore Luigi Fasce

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza media	6,88	6,93	6,5	5
Peso Medio	1	0,95	1,25	5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,17	1,23	Obt regionale = 1 g	5
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	35,37% (237/670) ord/ods 44,88% (57/127) dh/ds	39,28%(218/555) ord 24,86% 45/181) diurno	<14%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	4,37 (28/641)	5,23% (28/535)	Mantenimento <=5,50%	0
Indicatore C5.3: % prostatectomie transuretrali	63,64% (21/33)	59,52% (25/42)	Indicatori MES 2015 = >85% *	10
				<b>30</b>

\* subordinatamente alla adeguatezza della dotazione tecnologica

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

### S.S.D. Chirurgia Toracica

### Responsabile Dottore Giuseppe Pastorino

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
<b>Efficienza</b>	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 2,15 Proiez Anno 2016= 2,05	Mantenimento rapporto Report CCD	5
						<b>15</b>
<b>Performance/Appropriatezza</b>	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata <b>Monitoraggio CCD</b>	30
	2	Utilizzo tecnica mininvasiva video toracoscopica per lobectomia polmonare	Incremento % casi previa acquisizione strumentario chirurgico		Incremento casi trattati con VATS Lobectomy (tecnica miniinvasiva videotoracoscopica) =>20 Monitoraggio al 30/6	25
	3	Progetto interdipartimentale ed intraaziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA.	20
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
					<b>85</b>	

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
<b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>

<b>Il Responsabile</b>
<b>S.S.D. Chirurgia Toracica</b>
<b>Dottore Giuseppe Pastorino</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

## **INDICATORI DI PERFORMANCE**

**S.S.D. Chirurgia Toracica**

**Dottore Giuseppe Pastorino**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza media	9,82	9,89	Mantenimento	5
Degenza media trimmata a sn	10,71	10,32	Mantenimento	
Peso Medio	2,11	2,28	Mantenimento	5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	2,02	1,60	1,50	10
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	17,53% (44/251)	7,14% (14/196)	Mantenimento <15%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	6,64% (16/251)	4,28% (8/187)	Mantenimento <5,50%	5
				<b>30</b>

CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	42.274,12	0,00	0,00	41.007,57	-41.007,57
DIAGNOSTICI E REAGENTI	77,28	0,00	0,00	75,45	-75,45
DISPOSITIVI MEDICI	188.576,60	0,00	0,00	182.920,08	-182.920,08
ALTRO MATERIALE SANITARIO	379,73	0,00	0,00	367,92	-367,92
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	1.850,72	0,00	0,00	1.794,21	-1.794,21
<b>TOTALE</b>	<b>233.158,45</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>226.165,23</b>	<b>-226.165,23</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,68 Proiez Anno 2016= 1,69	Mantenimento rapporto Report CCD	5
						<b>15</b>
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata <b>Monitoraggio CCD</b>	30
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
	3	Dgr 1746/2014 : trasferimento in regime ambulatoriale - cod. intervento 38.59 - casistica afferente il Drg 119	Trasferimento in regime ambulatoriale interventi effettuati in regime di ricovero Monitoraggio intermedio al 30/6		Trasferimento in regime ambulatoriale di almeno il 65% degli interventi effettuati in regime di ricovero nell'anno 2016 <b>Monitoraggio CCD</b>	15
		Elaborazione protocollo per trattamento delle varici in regime ambulatoriale e in DS di concerto con Day Week Surgery, Radiologia, Anestesia, Direzione POU	Evidenza documento		Entro 30/4 evidenza protocollo <b>Monitoraggio SC POU</b>	15
4	Applicazione PDTA Profilassi Tromboembolica e interventi conseguenti	Monitoraggio e controllo applicazione procedura nelle SS.CC. partecipanti Evidenza verbali incontri		Applicazione al 90% dei pz arruolabili / azioni di coinvolgimento delle strutture che non raggiungono il target previsto	15	
						<b>85</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Chirurgia Vascolare</b> <b>Dottore Gianantonio Simoni</b>
---

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
						<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	Infezioni correlate all'Assistenza	Il 100% del personale infermieristico è aggiornato sull'argomento		Incontri formativi interni di discussione sulla documentazione presente sul sito	25
	2	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	20
	3	Istituzione ambulatorio infermieristico per preparazione dei pazienti chirurgici	Nr prestazioni effettuate		Al 30/6 attivazione fase sperimentale del progetto con almeno 2 reparti Dip Chirurgie Al 31/12 implementazione in tutto il dipartimento	20
	4	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	25
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Chirurgia Vascolare</b> <b>Dottore Gianantonio Simoni</b>
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Chirurgia Vascolare</b>
---

Scheda di Budget per A09C1401 - S.C. CHIRURGIA VASCOLARE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	53.110,50	0,00	0,00	51.519,18	-51.519,18
DIAGNOSTICI E REAGENTI	1.874,37	0,00	0,00	1.818,00	-1.818,00
DISPOSITIVI MEDICI	420.779,02	0,00	0,00	408.155,28	-408.155,28
ALTRO MATERIALE SANITARIO	998,31	0,00	0,00	968,64	-968,64
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	3.426,31	0,00	0,00	3.323,76	-3.323,76
<b>TOTALE</b>	<b>480.188,51</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>465.784,86</b>	<b>-465.784,86</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza media	8,03	7,14	Mantenimento	5
Degenza media trimmata a sn	8,67	7,84	Mantenimento	
Peso Medio	2,00	1,93	Mantenimento	5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,82	1,37	<1 giorno	15
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	14,45% (62/429)	13,08% (42/321)	Mantenimento <15%	5
				<b>30</b>

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

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2017	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
1	Ottimizzazione dei costi del Dipartimento attraverso costante attività di verifica e di coordinamento dei poli distrettuali	Rispetto budget economico assegnato		Rispetto Budget Assegnato Verifica CCD/Bilancio	20
2	Ridefinizione dei percorsi di cura nei disturbi psichiatrici maggiori di cui a DGR 268/2015 ( Accordo CU 13/11/2014)	Avvio/monitoraggio della ridefinizione dei percorsi di cura sulla base delle indicazioni di cui all'intesa sancita in Conferenza unificata		Relazione tecnica 30 Novembre 2017 circa la ridefinizione dei percorsi di cura al fine di ottemperare al debito informativo nei confronti di ALISA	25
3	Individuazione modalità in integrazione con Servizio Disabili per definizione percorsi di cura per soggetti adulti affetti da autismo	Evidenza documento		Entro 30/11 definizione percorsi di cura di concerto con Servizio Disabili	25
4	Valutare l'idoneità dello strumento della coabitazione per le differenti tipologie di utenti dei servizi territoriali con problematiche legate all'abitare e verificare la fattibilità di progetti specifici	Attivazione di un gruppo interservizi sul tema del cohousing	Sul tema specifico esistono alcune esperienze ASL ma non esiste nulla di strutturato a livello di azienda	Attivazione del gruppo di lavoro entro il 30/4/2017 Almeno n. 5 riunioni del gruppo di lavoro individuato Stesura relazione conclusiva a cura del tavolo di lavoro entro il 31/12/2017	20
5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>				<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> Dip. Salute Mentale e delle Dipendenze Dottore Marco Vaggi
--

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

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

**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - Area Salute Mentale**  
*Budget anno 2017*

Aut.	Aut.		Conto e fattore prod.vo	CDC	CE 2015	BUDGET 2016	SUDDIVISIONE BUDGET RICHIESTA 2016	CE IV TRIM. 2016	BUDGET 2017	BUDGET 2017 (RIMODULATO)
2016	2017									
<i>(Migliaia di EURO)</i>										
176	176	Convenzioni Residenziali e Semiresidenziali (CT, RSA, RP, SEPA)	135.045.015	H0000000	9.793	9.800	9.700	9.800	9.800	9.700
177	177	Trasferimento pazienti Rossiglione	135.045.015	H0000000	135	135	135	133	135	135
178	178	Inserimento per Provvedimento Magistratura - Regione	135.045.015	H0000000	736	600	900	933	935	2.700
186	186	Inserimento per Provvedimento Magistratura - Fuori Regione	135.045.016	H0000000	494	300	1.000	840	840	1.500
179	179	Psichiatriche con progetti individuali - Regione	135.045.015	H0000000	1.635	1.590	1.654	1.555	1.560	1.560
187	187	Psichiatriche con progetti individuali - Fuori Regione	135.045.016	H0000000	632	590	626	683	690	690
180	180	Gestione attività riabilitativa - Caup	135.045.015	H0000000	238	240	240	240	240	210
180	180	Convenzione con Centro Terapeutico Villa del Principe per DCA	135.045.015	H0000000	206	210	210	185	190	190
181	181	Pazienti Ex Giansoldi inseriti presso Strutture accreditate	135.045.015	H0000000	150	125	125	100	100	100
355	355	EX O.P.G. - Inserimento pazienti in CT di tipo intensivo	135.045.015	H0000000	320	1.000	700	499	500	-
356	356	EX O.P.G. - Inserimento pazienti in CT di tipo intensivo	135045016	H0000000		1.000	300	110	110	-
	253	Costituzione residenza provvisoria REMS 20pl - Il Fiocco	135 045 015	H0000000	-	-	-	-	2.145	2.145
182	183	Acquisto prodotti prima necessità - Caup	125.005.005	H0000000	33	35	35	31	35	35
<b>Totale</b>					14.372	15.625	15.625	15.109	17.280	18.965

**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - Area Dipendenze**  
*Budget anno 2017*

Aut.	Aut.									
2016	2017		Conto e fattore prod.vo	CDC	CE 2015	BUDGET 2016	BUDGET 2016 NUOVA DISTRIBUZIONE	CE IV TRIM. 2016	BUDGET 2017	BUDGET 2017 (RIMODULATO)
<i>(Migliaia di EURO)</i>										
183	183	Strutture Genovesi	135.045.010	X0000000	3.099	3.000	3.080	3.067	3.080	3.080
184	184	Strutture Regionali Liguri	135.045.010	X0000000	1.158	1.160	1.160	1.009	1.050	1.000
185	185	Strutture Extra-Regione	135.045.011	X0000000	580	580	525	602	605	655
188	188	Progetti in collaborazione di Auto-Mutuo-Aiuto	135.045.010	X0000000	0	40	15	2	15	15
80/11	80/11	Centro Diurno per adolescenti - My Space	180.005.040	X0000000	86	86	86	92	90	90
				<i>Totale parziale 1</i>	<i>4.923</i>	<i>4.866</i>	<i>4.866</i>	<i>4.772</i>	<i>4.840</i>	<i>4.840</i>
189	189	AIDS Residenzialità - STRUTTURE GENOVESI	135.060.005	X0000000	1.075	1.100	1.100	1.045	1.050	1.100
190	190	AIDS Residenzialità - FUORI REGIONE	135.060.005	X0000000	53	55	55	53	55	55
				<i>Totale parziale 2</i>	<i>1.128</i>	<i>1.155</i>	<i>1.155</i>	<i>1.098</i>	<i>1.105</i>	<i>1.155</i>
191	191	AIDS "Progetto Fenice": unità mobile di strada	135.060.005	X0000000	65	65	65	66	65	65
192	192	AIDS - Ass.za Domiciliare	135.060.005	X0000000	661	661	661	661	661	661
				<i>Totale parziale 3</i>	<i>726</i>	<i>726</i>	<i>726</i>	<i>727</i>	<i>726</i>	<i>726</i>
		<b>Totale generale</b>			<b>6.777</b>	<b>6.747</b>	<b>6.747</b>	<b>6.597</b>	<b>6.671</b>	<b>6.721</b>

+50?

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Report CCD	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <b>Report CCD (portale Direzionale)</b>	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) <b>Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA</b>	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	15	
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria <b>Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria</b>	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazione della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM <b>Monitoraggio Responsabile UFPF</b>	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttori SSCC	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>		15

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
Dott. Paolo Cavagnaro	Dott. Luigi Carlo Bottaro

<b>Il Direttore</b>	<b>Il Coordinatore</b>
Dottore Marco Vaggi	

Scheda di Budget per ATSDSM08 - S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 8 - PONENTE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	63.926,86	0,00	0,00	62.004,95	-62.004,95
DIAGNOSTICI E REAGENTI	512,69	0,00	0,00	497,00	-497,00
DISPOSITIVI MEDICI	4.253,37	0,00	0,00	4.124,80	-4.124,80
ALTRO MATERIALE SANITARIO	746,40	0,00	0,00	723,40	-723,40
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	16.847,90	0,00	0,00	16.342,15	-16.342,15
<b>TOTALE</b>	<b>86.287,22</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>83.692,30</b>	<b>-83.692,30</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza delle SS.CC. Del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
"attività e procedimenti)" del procedimento mappato ex art. D.Lgs.nN. 33/2013, specificando la tipologia del procedimento (se procedimento d'ufficio o ad istanza di parte);2) compilare e trasmettere la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Entro il 10/03/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va dei dati di propria competenza; 2) entro il 31/03/2017 invio alla SSD dei dati sui tempi procedurali.	10	10
2) Pubblicare all'interno della sotto - sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" di Amministrazione Trasparente, l'elenco delle strutture di propria competenza (ed i relativi accordi intercorsi) curandone il costante aggiornamento	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) utilizzo tipologia di formati aperti	Entro il 15/06/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va della documentazione indicata nell'obiettivo		
3) Valutare la possibilità di declinare su più processi, il procedimento attualmente analizzato, al fine di focalizzare con più precisione gli aspetti e le attività più esposte ad eventi corruttivi	Utilizzo di apposito gruppo di lavoro	Entro il 15/09 resoconto alla SSD del lavoro di analisi in merito all'obiettivo richiesto		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		
<p align="center"><b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b></p>				

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

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
<b>C8a.13a</b> - % di ricoveri ripetuti entro 30 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<5% (Verde)	Non presente	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento	0
<b>C8a.13.2</b> - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<3% (Verde)	Non presente	inferiore 3%	Mantenimento	5
<b>C8a.5</b> - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	Non presente	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento	10
					<b>15</b>

\* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <b>Report CCD (portale Direzionale)</b>	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) <b>Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA</b>	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	15	
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria <b>Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria</b>	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazione della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM <b>Monitoraggio Responsabile UFPF</b>	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti <b>Responsabile monitoraggio Direttori SSCC</b>	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>		15

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> Dottore Paolo Peloso	<b>Il Coordinatore</b>
---	------------------------

Scheda di Budget per ATSDSM09 - S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 9 - MEDIO PONENTE E  
PSICHIATRIA AD INDIRIZZO RIAB. P.A. MICONE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	232.977,18	0,00	0,00	225.987,80	-225.987,80
DIAGNOSTICI E REAGENTI	220,13	0,00	0,00	212,75	-212,75
DISPOSITIVI MEDICI	1.937,36	0,00	0,00	1.878,00	-1.878,00
ALTRO MATERIALE SANITARIO	136,52	0,00	0,00	131,80	-131,80
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	8.327,76	0,00	0,00	8.075,65	-8.075,65
<b>TOTALE</b>	<b>243.598,95</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>236.286,00</b>	<b>-236.286,00</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza delle SS.CC. Del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
"attività e procedimenti)" del procedimento mappato ex art. D.Lgs.nN. 33/2013, specificando la tipologia del procedimento (se procedimento d'ufficio o ad istanza di parte);2) compilare e trasmettere la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Entro il 10/03/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va dei dati di propria competenza; 2) entro il 31/03/2017 invio alla SSD dei dati sui tempi procedurali.	10	10
2) Pubblicare all'interno della sotto - sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" di Amministrazione Trasparente, l'elenco delle strutture di propria competenza (ed i relativi accordi intercorsi) curandone il costante aggiornamento	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) utilizzo tipologia di formati aperti	Entro il 15/06/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va della documentazione indicata nell'obiettivo		
3) Valutare la possibilità di declinare su più processi, il procedimento attualmente analizzato, al fine di focalizzare con più precisione gli aspetti e le attività più esposte ad eventi corruttivi	Utilizzo di apposito gruppo di lavoro	Entro il 15/09 resoconto alla SSD del lavoro di analisi in merito all'obiettivo richiesto		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		
<p align="center"><b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b></p>				

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

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
<b>C8a.13a</b> - % di ricoveri ripetuti entro 30 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<5% (Verde)	Non presente	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento	0
<b>C8a.13.2</b> - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<3% (Verde)	Non presente	inferiore 3%	Mantenimento	5
<b>C8a.5</b> - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	Non presente	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento	10
					<b>15</b>

\* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparato
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <b>Report CCD (portale Direzionale)</b>	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Adeguatezza	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) <b>Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA</b>	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	15	
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria <b>Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria</b>	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM <b>Monitoraggio Responsabile UFPF</b>	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttori SSCC	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>		15

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparato
Performance/Adeguatezza	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						90	95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
Dott. Paolo Cavagnaro	Dott. Luigi Carlo Bottaro

<b>Il Direttore</b>	<b>Il Coordinatore</b>
Dottore Rocco Picci	

Scheda di Budget per ATSDSM10 - S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 10 - VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA - SPDC VILLA SCASSI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	203.647,14	0,00	0,00	129.997,98	-129.997,98
DIAGNOSTICI E REAGENTI	83,09	0,00	0,00	79,20	-79,20
DISPOSITIVI MEDICI	1.210,25	0,00	0,00	1.172,64	-1.172,64
ALTRO MATERIALE SANITARIO	39,39	0,00	0,00	37,44	-37,44
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	10.386,54	0,00	0,00	10.077,54	-10.077,54
<b>TOTALE</b>	<b>215.366,41</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>141.364,80</b>	<b>-141.364,80</b>

Scheda di Budget per ATSDSVSC - SPDC - VILLA SCASSI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	46.835,88	0,00	0,00	45.429,78	-45.429,78
DIAGNOSTICI E REAGENTI	251,55	0,00	0,00	244,30	-244,30
DISPOSITIVI MEDICI	3.721,72	0,00	0,00	3.610,08	-3.610,08
ALTRO MATERIALE SANITARIO	415,90	0,00	0,00	403,36	-403,36
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	2.230,32	0,00	0,00	2.163,04	-2.163,04
<b>TOTALE</b>	<b>53.455,37</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>51.850,56</b>	<b>-51.850,56</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza delle SS.CC. Del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
"attività e procedimenti)" del procedimento mappato ex art. D.Lgs.nN. 33/2013, specificando la tipologia del procedimento (se procedimento d'ufficio o ad istanza di parte);2) compilare e trasmettere la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Entro il 10/03/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va dei dati di propria competenza; 2) entro il 31/03/2017 invio alla SSD dei dati sui tempi procedurali.	10	10
2) Pubblicare all'interno della sotto - sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" di Amministrazione Trasparente, l'elenco delle strutture di propria competenza (ed i relativi accordi intercorsi) curandone il costante aggiornamento	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) utilizzo tipologia di formati aperti	Entro il 15/06/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va della documentazione indicata nell'obiettivo		
3) Valutare la possibilità di declinare su più processi, il procedimento attualmente analizzato, al fine di focalizzare con più precisione gli aspetti e le attività più esposte ad eventi corruttivi	Utilizzo di apposito gruppo di lavoro	Entro il 15/09 resoconto alla SSD del lavoro di analisi in merito all'obiettivo richiesto		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		
<p align="center"><b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b></p>				

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

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
<b>C8a.13a</b> - % di ricoveri ripetuti entro 30 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<5% (Verde)	Non presente	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento	0
<b>C8a.13.2</b> - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<3% (Verde)	Non presente	inferiore 3%	Mantenimento	5
<b>C8a.5</b> - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	Non presente	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento	10
					<b>15</b>

\* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <b>Report CCD (portale Direzionale)</b>	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) <b>Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA</b>	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	15	
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria <b>Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria</b>	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazione della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM <b>Monitoraggio Responsabile UFPF</b>	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttori SSCC	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>		15

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
<b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>

<b>Il Direttore</b>	<b>Il Coordinatore</b>
<b>Dottore Lucio Ghio</b>	

Scheda di Budget per ATSDSM11 - S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 11 - CENTRO - SPDC  
GALLIERA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	126.023,60	0,00	0,00	122.241,39	-122.241,39
DIAGNOSTICI E REAGENTI	71,44	0,00	0,00	70,05	-70,05
DISPOSITIVI MEDICI	496,75	0,00	0,00	482,88	-482,88
ALTRO MATERIALE SANITARIO	13,14	0,00	0,00	12,96	-12,96
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	4.339,15	0,00	0,00	4.208,82	-4.208,82
<b>TOTALE</b>	<b>130.944,08</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>127.016,10</b>	<b>-127.016,10</b>

Scheda di Budget per ATSDSOGA - SPDC - EO GALLIERA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
DISPOSITIVI MEDICI	1.585,38	0,00	0,00	1.538,56	-1.538,56
ALTRO MATERIALE SANITARIO	722,24	0,00	0,00	700,40	-700,40
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	1.715,51	0,00	0,00	1.664,96	-1.664,96
<b>TOTALE</b>	<b>4.023,13</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3.903,92</b>	<b>-3.903,92</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza delle SS.CC. Del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
"attività e procedimenti)" del procedimento mappato ex art. D.Lgs.nN. 33/2013, specificando la tipologia del procedimento (se procedimento d'ufficio o ad istanza di parte);2) compilare e trasmettere la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Entro il 10/03/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va dei dati di propria competenza; 2) entro il 31/03/2017 invio alla SSD dei dati sui tempi procedurali.	10	10
2) Pubblicare all'interno della sotto - sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" di Amministrazione Trasparente, l'elenco delle strutture di propria competenza (ed i relativi accordi intercorsi) curandone il costante aggiornamento	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) utilizzo tipologia di formati aperti	Entro il 15/06/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va della documentazione indicata nell'obiettivo		
3) Valutare la possibilità di declinare su più processi, il procedimento attualmente analizzato, al fine di focalizzare con più precisione gli aspetti e le attività più esposte ad eventi corruttivi	Utilizzo di apposito gruppo di lavoro	Entro il 15/09 resoconto alla SSD del lavoro di analisi in merito all'obiettivo richiesto		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		

**Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019**

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

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
<b>C8a.13a</b> - % di ricoveri ripetuti entro 30 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<5% (Verde)	Non presente	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento	0
<b>C8a.13.2</b> - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<3% (Verde)	Non presente	inferiore 3%	Mantenimento	5
<b>C8a.5</b> - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	Non presente	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento	10
					<b>15</b>

\* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <b>Report CCD (portale Direzionale)</b>	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) <b>Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA</b>	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	15	
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria <b>Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria</b>	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazione della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM <b>Monitoraggio Responsabile UFPF</b>	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttori SSCC	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>		15

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
Dott. Paolo Cavagnaro	Dott. Luigi Carlo Bottaro

<b>Il Direttore</b>	<b>Il Coordinatore</b>
Dottore Gianfranco Nuvoli	

Scheda di Budget per ATSDSM12 - S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 12 - VALBISAGNO E VALTREBBIA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	276.625,65	0,00	0,00	268.316,95	-268.316,95
DIAGNOSTICI E REAGENTI	211,62	0,00	0,00	204,05	-204,05
DISPOSITIVI MEDICI	894,90	0,00	0,00	864,16	-864,16
ALTRO MATERIALE SANITARIO	63,26	0,00	0,00	62,92	-62,92
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	7.753,55	0,00	0,00	7.521,36	-7.521,36
<b>TOTALE</b>	<b>285.548,98</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>276.969,44</b>	<b>-276.969,44</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza delle SS.CC. Del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
"attività e procedimenti)" del procedimento mappato ex art. D.Lgs.nN. 33/2013, specificando la tipologia del procedimento (se procedimento d'ufficio o ad istanza di parte);2) compilare e trasmettere la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Entro il 10/03/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va dei dati di propria competenza; 2) entro il 31/03/2017 invio alla SSD dei dati sui tempi procedurali.	10	10
2) Pubblicare all'interno della sotto - sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" di Amministrazione Trasparente, l'elenco delle strutture di propria competenza (ed i relativi accordi intercorsi) curandone il costante aggiornamento	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) utilizzo tipologia di formati aperti	Entro il 15/06/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va della documentazione indicata nell'obiettivo		
3) Valutare la possibilità di declinare su più processi, il procedimento attualmente analizzato, al fine di focalizzare con più precisione gli aspetti e le attività più esposte ad eventi corruttivi	Utilizzo di apposito gruppo di lavoro	Entro il 15/09 resoconto alla SSD del lavoro di analisi in merito all'obiettivo richiesto		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		
<p align="center"><b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b></p>				



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
<b>C8a.13a</b> - % di ricoveri ripetuti entro 30 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<5% (Verde)	Non presente	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento	0
<b>C8a.13.2</b> - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<3% (Verde)	Non presente	inferiore 3%	Mantenimento	5
<b>C8a.5</b> - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	Non presente	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento	10
					<b>15</b>

\* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <b>Report CCD (portale Direzionale)</b>	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Piena operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Definizione organico (numero e professionalità), sedi operative, organizzazione	Documento di attivazione definizione delle funzioni del servizio di NPIA contenuto in Del. n. 931 del 22.12.16	Entro 30 Giugno documento con definizione del personale, delle sedi e organizzazione del servizio, previo accordi sindacali (tempi e modalità) Entro 31 Dicembre reportistica attività del Servizio di NPIA (traccia documentale) <b>Monitoraggio Direttore Dip.to e Responsabile S.S. NPIA</b>	20	20
	2	Contenimento tempi di attesa per prime visite psichiatriche di valutazione presso i Centri Salute Mentale	Monitoraggio tempi di attesa per 1° visita psichiatrica di valutazione ordinaria presso i CSM	da individuare	Entro 31/3 Attivazione sistema di monitoraggio Prima visita psichiatrica ordinaria al CSM entro 25 giorni dalla prenotazione	10	10
	3	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	15	
	4	Continuazione del processo di superamento degli OPG	monitoraggio percorsi dei pazienti autori di reato ricoverati presso Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza (REMS)	Definizione e monitoraggio percorsi di cura per tutti i pazienti in REMS	Proseguimento del monitoraggio del percorso di cura dei pazienti in REMS con produzione report semestrale (traccia documentale) 100% dei pazienti REMS provvisoria <b>Responsabile monitoraggio: Coordinatore Funzionale REMS provvisoria</b>	10	5
	5	Sviluppo delle attività di supporto alla Magistratura	Monitoraggio delle segnalazioni della Magistratura e definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti autori di reato	Attivazione della UFPF con definizione di responsabili funzionale	Monitoraggio delle segnalazione della Magistratura e definizione dei percorsi di cura pazienti autori di reato in carico al DSMD tramite monitoraggio centralizzato presso Direzione DSM <b>Monitoraggio Responsabile UFPF</b>	5	5
	6	Riorganizzazione della rete residenziale psichiatrica per adulti	Numero dei pazienti inseriti in struttura residenziale sottoposti a monitoraggio/ num. Totale dei pazienti in carico inseriti in struttura residenziale	Monitoraggio diversificato in relazione alle condizioni cliniche del paziente	Entro il 31 marzo definizione degli standard di monitoraggio per adulti Dal 1 Aprile monitoraggio nel 100% dei casi inseriti in strutture residenziali per adulti Responsabile monitoraggio Direttori SSCC	10	20
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>		15

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	8	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	10	10
	9	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						90	95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
<b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>

<b>Il Direttore</b>	<b>Il Coordinatore</b>
<b>Dottore Pietro Ciliberti</b>	

Scheda di Budget per ATSDSM13 - S.C. SALUTE MENTALE - DISTRETTO 13 - LEVANTE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	119.786,96	0,00	0,00	116.194,32	-116.194,32
DIAGNOSTICI E REAGENTI	568,08	0,00	0,00	549,90	-549,90
DISPOSITIVI MEDICI	6.192,01	0,00	0,00	6.007,20	-6.007,20
ALTRO MATERIALE SANITARIO	836,91	0,00	0,00	810,72	-810,72
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	15.693,05	0,00	0,00	15.223,56	-15.223,56
<b>TOTALE</b>	<b>143.077,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>138.785,70</b>	<b>-138.785,70</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza delle SS.CC. Del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
"attività e procedimenti)" del procedimento mappato ex art. D.Lgs.nN. 33/2013, specificando la tipologia del procedimento (se procedimento d'ufficio o ad istanza di parte);2) compilare e trasmettere la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Entro il 10/03/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va dei dati di propria competenza; 2) entro il 31/03/2017 invio alla SSD dei dati sui tempi procedurali.		
2) Pubblicare all'interno della sotto - sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" di Amministrazione Trasparente, l'elenco delle strutture di propria competenza (ed i relativi accordi intercorsi) curandone il costante aggiornamento	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) utilizzo tipologia di formati aperti	Entro il 15/06/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va della documentazione indicata nell'obiettivo	10	10
3) Valutare la possibilità di declinare su più processi, il procedimento attualmente analizzato, al fine di focalizzare con più precisione gli aspetti e le attività più esposte ad eventi corruttivi	Utilizzo di apposito gruppo di lavoro	Entro il 15/09 resoconto alla SSD del lavoro di analisi in merito all'obiettivo richiesto		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		
<p align="center"><b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b></p>				



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

Indicatore*	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Fascia di valutazione	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
<b>C8a.13a</b> - % di ricoveri ripetuti entro 30 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<5% (Verde)	Non presente	8%-5% valut. Buona < 5% valut. Ottima	Mantenimento	0
<b>C8a.13.2</b> - % di ricoveri ripetuti entro 7 gg di pazienti psichiatrici maggiorenni	<3% (Verde)	Non presente	inferiore 3%	Mantenimento	5
<b>C8a.5</b> - Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per maggiorenni	> 600 su 100.000 abitanti (rosso)	Non presente	300-500 valut. Buona < 300 valut. Ottima	Miglioramento	10
					<b>15</b>

\* Sistema di valutazione della performance elab da Lab MES

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Report CCD	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze		Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <b>Report CCD (portale Direzionale)</b>	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Creazione di uno sportello differenziato e dedicato alle dipendenze comportamentali (azzardo...) aperto almeno 3h ogni 15 giorni	apertura sportello bimensile per almeno 6 ore totali	Nessuno sportello specifico	Entro 30 Giugno attivazione progetto in ogni distretto  Raccolta dati di attività dello sportello con reportistica semestrale	20	20
	2	Sostegno allo sviluppo Associazioni di Automutuoaiuto	-Evidenza di Deliberazione aziendale relativa al Protocollo di Cooperazione con le Associazioni del settore entro il 31/03 /2017 - Diffusione nei Distretti del Manifesto prodotto nel 2016	Cooperazione non formalizzata	Almeno una iniziativa di sensibilizzazione territoriale in cooperazione con le Associazioni in ogni Distretto Evidenza di ulteriori applicazioni del protocollo Diffusione nei Distretti del Manifesto	10	10
	3	Cooperazione alla operatività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Contributo alla stesura protocollo di collaborazione con servizio NPIA per definizione percorsi di cura di adolescenti doppia diagnosi	Assenza di protocollo strutturato	Al 30/6 stesura protocollo Da 1/7 applicazione del protocollo almeno nel 80% dei giovani 14-18 aa con doppia diagnosi	10	10
	4	Sviluppo della attenzione ai problemi alcol-correlati: Valorizzazione della cooperazione con il Centro Alcolologico di SanMartino Valorizzazione della cooperazione con la Commissione Patenti	Evidenza applicazione protocollo per la gestione dei pazienti condiviso con il Centro Alcolologico di SanMartino in ogni sede Ser.t. distrettuale Predisposizione materiale divulgativo su alcol e guida e su alcol e lavoro Entro Marzo Giornata di formazione per tutti i medici del Ser.T. in cooperazione con la Medicina Legale	Protocollo di cooperazione tra Sert e Centro Alcolologico di San Martino. Cooperazione con la Commissione Medico Legale Patenti	Almeno 1 incontro di condivisione protocollo per ogni sede Ser.t. distrettuale con operatori Centro Alcolologico Almeno 1 giornata di formazione nel corso dell'anno su temi inerenti aspetti medico legali della dipendenza Un incontro di formazione rivolto ai MMG in cooperazione con il Centro Alcolologico	10	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	5	Garantire la realizzazione degli interventi di promozione della salute previsti dal PRP nel setting scolastico, in collaborazione con gli altri servizi interessati, in particolare la S.C. Igiene e Sanità Pubblica, la S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione e la S.C. Assistenza Consultoriale	Collaborazione al progetto aziendale Incremento		Al 30/06/2017 realizzazione di almeno due incontri di coordinamento tra tutti i servizi interessati , con evidenza di un programma integrato per il raggiungimento degli obiettivi del PRP Al 31/12/2017 incremento interventi previsti dal PRP, in collaborazione con gli altri servizi	10	15
		Garantire la realizzazione degli interventi di promozione della salute previsti dal PRP negli ambienti di lavoro di concerto con S.C. Igiene e Sanità Pubblica	Collaborazione al progetto aziendale Numero incontri		Al 30/06/2017 realizzazione di almeno due incontri di coordinamento tra tutti i servizi interessati , con evidenza di un programma integrato per il raggiungimento degli obiettivi del PRP Al 31/12/2017 incremento interventi previsti dal PRP, in collaborazione con gli altri servizi		
	6	Valutare l'idoneità dello strumento della coabitazione per le differenti tipologie di utenti dei servizi territoriali con problematiche legate all'abitare e verificare la fattibilità di progetti specifici	Attivazione di un gruppo interservizi sul tema del cohousing	Sul tema specifico esistono alcune esperienze ASL ma non esiste nulla di strutturato a livello di azienda	Attivazione del gruppo di lavoro entro il 30/4/2017 Almeno n. 5 riunioni del gruppo di lavoro individuato Stesura relazione conclusiva a cura del tavolo di lavoro entro il 31/12/2017	10	10
	7	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	Applicazione cartella integrata su piattaforma informatica MFP 5		Entro 30/03 illustrazione piattaforma a tutto il personale dal 1/4 applicazione della cartella informatizzata al 100% dei nuovi casi presi in carico	10	10
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>90</b>	<b>95</b>
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>Dottore Giorgio Schiappacasse</b>
---

<b>Il Coordinatore</b> <b>Personale Infermieristico</b>	<b>Il Coordinatore</b> <b>Assistenti Sociali</b>
--	---

Scheda di Budget per ATSDSERT - S.C. SERT al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	593.929,00	0,00	0,00	576.104,67	-576.104,67
DIAGNOSTICI E REAGENTI	2.182,97	0,00	0,00	2.117,70	-2.117,70
DISPOSITIVI MEDICI	43.307,52	0,00	0,00	42.009,84	-42.009,84
ALTRO MATERIALE SANITARIO	195,82	0,00	0,00	189,72	-189,72
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	14.534,83	0,00	0,00	14.097,60	-14.097,60
<b>TOTALE</b>	<b>654.150,14</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>634.519,53</b>	<b>-634.519,53</b>

## Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza delle SS.CC. Del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
"attività e procedimenti)" del procedimento mappato ex art. D.Lgs.nN. 33/2013, specificando la tipologia del procedimento (se procedimento d'ufficio o ad istanza di parte);2) compilare e trasmettere la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Entro il 10/03/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va dei dati di propria competenza; 2) entro il 31/03/2017 invio alla SSD dei dati sui tempi procedurali.	10	10
2) Pubblicare all'interno della sotto - sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" di Amministrazione Trasparente, l'elenco delle strutture di propria competenza (ed i relativi accordi intercorsi) curandone il costante aggiornamento	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) utilizzo tipologia di formati aperti	Entro il 15/06/2017 trasmissione alla SSD Funzione Amm.va della documentazione indicata nell'obiettivo		
3) Valutare la possibilità di declinare su più processi, il procedimento attualmente analizzato, al fine di focalizzare con più precisione gli aspetti e le attività più esposte ad eventi corruttivi	Utilizzo di apposito gruppo di lavoro	Entro il 15/09 resoconto alla SSD del lavoro di analisi in merito all'obiettivo richiesto		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Ottimizzazione costi per acquisti servizi	Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze	Vedi Scheda allegata	Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2017 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2017 per tipologia di attività <b>Report CCD (portale Direzionale)</b>	10	
						<b>15</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	<i>Personale ruolo amministrativo assegnato a SSD Funzione Amministrativa.</i> Procedura per richiesta di rimborso delle minute o modeste spese di cui al Regolamento per la gestione del fondo di Cassa Economale Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. Verifica della congruità e completezza della documentazione necessaria per il reintegro del fondo assegnato che viene presentata dagli operatori della Salute Mentale, in forma cartacea, presso la Segreteria della Direzione Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze entro l'ultimo giorno del mese di riferimento.	Ricezione, verifica documentazione e successiva acquisizione da parte della SC Economato e Logistica entro i primi dieci giorni del mese successivo al mese di riferimento.		A partire dal 01/06	25	25
	2	<i>Personale ruolo amministrativo assegnato ai CSM.</i> Diritto a compartecipazione alla spesa. Predisposizione e tenuta di specifico elenco su file excel dei pazienti aventi diritto, struttura di assegnazione, variazioni (trasferimenti da struttura a struttura, decadenza diritto, cessazione), data di variazione.	Aggiornamento con cadenza bimestrale.		A partire dal 01/07	20	20
	3	<i>Personale ruolo amministrativo assegnato ai CSM.</i> Tenuta e aggiornamento elenco pazienti con giorni di presenza, di ricovero e di permesso, in base a schema excel predefinito da SSD Funzione Amministrativa.	Invio Direzione DSMD entro il 15 del mese successivo al mese di riferimento.		A partire dal 01/07	15	15
	4	<i>Personale ruolo amministrativo assegnato SC Sert:</i> Tenuta e aggiornamento elenco pazienti per struttura, con giorni di presenza, di ricovero e di permesso, in base a schema excel predefinito da SSD Funzione Amministrativa.	Invio Direzione DSMD entro il 15 del mese successivo al mese di riferimento.		A partire dal 01/07	15	15

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	6	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	0	10
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						85	95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						100	100
--------------------------------	--	--	--	--	--	-----	-----

<p><b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro</p>	<p><b>Il Direttore Amministrativo</b> Avv. Luigi Bertorello</p>
---	---

<p><b>Il Responsabile</b> Dottoressa Cristina Cenderello</p>
--

Scheda di Budget per ATSDTCDC - S.S.D. FUNZIONE AMMINISTRATIVA - DIP. SALUTE  
MENTALE E DIPENDENZE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	1.225,90	0,00	0,00	1.188,44	-1.188,44
<b>TOTALE</b>	<b>1.225,90</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.188,44</b>	<b>-1.188,44</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza: SSD Funzione Amm.va Dip. Salute Mentale**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Trasmissione in "Amministrazione Trasparente" (sotto - sezione "attività e procedimenti)" del procedimento mappato ex art. D.Lgs.nN. 33/2013, specificando la tipologia del procedimento (se procedimento d'ufficio o ad istanza di parte);2) compilare e trasmettere la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati	Entro il 30/03/2017 trasmissione a redazione.sito del procedimento mappato; 2) entro il 15/04/2017 compilazione della tabella sui tempi procedurali (in formato aperto) ed invio a redazione.sito		
2) Pubblicare all'interno della sotto - sezione "Strutture Sanitarie private accreditate" di Amministrazione Trasparente, l'elenco delle strutture di propria competenza (ed i relativi accordi intercorsi) curandone il costante aggiornamento	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata; 3) utilizzo tipologia di formati aperti	Entro il 30/06/2017 trasmissione a redazione.sito dei documenti richiesti	10	10
3) Valutare la possibilità di declinare su più processi, il procedimento attualmente analizzato, al fine di focalizzare con più precisione gli aspetti e le attività più esposte ad eventi corruttivi	Utilizzo di apposito gruppo di lavoro	Entro il 30/10 invio al RPCT della tabella dei rischi		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		

**Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019**

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
						5	5
Performance/Adeguatezza	1	Monitoraggio salute somatica dei pazienti in carico al Centro Disturbi Alimentari che non possono seguire procedura standard per effettuazione controlli	Num pazienti che effettuano esami ematochimici ed ECG effettuati presso Centro DCA	Nessuna attività in atto	Entro 31 marzo bozza progetto organizzativo da presentare a Direzione DSMD Dal 1 Aprile almeno 4 pazienti monitorati (ematochimici + ECG) al mese	15	15
	2	Garantire la realizzazione degli interventi di promozione della salute previsti dal PRP nel setting scolastico, in collaborazione con gli altri servizi interessati, in particolare la S.C. Igiene e Sanità Pubblica, la S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione e la S.C. Assistenza Consultoriale	Collaborazione al progetto aziendale Incremento <b>del 10% delle classi coinvolte (almeno 3 classi)</b>		Al 30/06/2017 realizzazione di almeno due incontri di coordinamento tra tutti i servizi interessati, con evidenza di un programma integrato per il raggiungimento degli obiettivi del PRP Al 31/12/2017 incremento interventi previsti dal PRP	15	10
	3	Miglioramento identificazione e trattamento dei disturbi del comportamento alimentare nel setting delle Cure Primarie	Miglioramento competenze tecnico professionali MMG/PLS attraverso l'utilizzo di test di screening		Da 1/3 definizione test Da 1/4 invio a MMG/PLS di concerto con Dipartimento Cure Primarie Al 31/12 monitoraggio pazienti inviati a CDA da MMG/PLS	20	20
	4	Creazione sezione sito aziendale specifica riguardante i disturbi del comportamento alimentare	Attivazione sezione sito specifico Piena operatività		Entro 30/6 elaborazione sito Al 31/12 piena operatività e monitoraggio accessi da parte di URP	20	20
	5	Valutazione e definizione documentazione integrata utilizzabile nei diversi setting in ambito dipartimentale o specifico	1° fase elaborazione cartella unica (cartacea)		Entro 30/09 elaborazione cartella Dall'1/10 sperimentazione	15	15
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10	15
						95	95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
<b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>

<b>Il Responsabile</b>
<b>D.ssa Barbara Masini</b>

Scheda di Budget per ATSDTCDA - S.S.D. DISTURBI ALIMENTARI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	8,84	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICI E REAGENTI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DISPOSITIVI MEDICI	11,71	0,00	0,00	0,00	0,00
ALTRO MATERIALE SANITARIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	835,18	0,00	0,00	810,15	-810,15
<b>TOTALE</b>	<b>855,73</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>829,83</b>	<b>-829,83</b>

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

n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
1	Ottimizzazione dei costi del Dipartimento attraverso costante attività di verifica e di coordinamento dei poli distrettuali	Rispetto budget economico assegnato		Rispetto Budget Assegnato Verifica CCD/Bilancio	10
2	Ottimizzazione della gestione delle ordinanze-ingiunzioni e annullamenti del settore "sanzioni amministrative" anticipando il termine previsto di 5 anni, che consente un migliore rapporto con l'utente sanzionato, la riduzione di procedure verso attività non più in essere, quindi un maggiore recupero del dovuto.	Numero di sanzioni analizzate / numero sanzioni pervenute relative al biennio 2013-2014.		Effettuazione della attività relativa al del 90% ordinanze/ingiunzioni e annullamenti delle sanzioni amministrative in sospenso elevate nel biennio 2013-2014	20
3	Garantire a livello aziendale la realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione per l'anno 2017.	Numero di riunioni di coordinamento delle Strutture Complesse del Dipartimento di prevenzione relative al monitoraggio dei risultati previsti dal PRP per il 2017, nell'ambito dei Macro Obiettivi 7, 8,9 e 10. Numero di eventi di comunicazione per la popolazione, relativi alla promozione di sani stili di vita (attività fisica e corretta alimentazione) realizzati a livello cittadino o municipale, con il coinvolgimento di portatori di interesse esterni al settore sanitario (comuni, municipi, associazioni)		Realizzare entro il 31 dicembre 2017 almeno due riunioni, con evidenza di verbale di coordinamento delle Strutture complesse del Dipartimento di prevenzione  Realizzare, entro il 31 dicembre 2017 ed in collaborazione con la Struttura aziendale per la Comunicazione, almeno due eventi a livello cittadino o municipale, con il coinvolgimento di tutte le Strutture Complesse del Dipartimento di Prevenzione e di altre Strutture aziendali interessate in relazione ai temi trattati	20
4	Ottimizzazione delle attività trasversali del DP attraverso la definizione di procedure condivise e la valorizzazione del personale dirigente e tecnico.	Individuazione di almeno 3 attività trasversali, oggetto di revisione ridefinizione di procedure condivise e formazione che coinvolgano il personale dirigente e tecnico di due o più SC .	Realizzazione della formazione relativa ad almeno due delle attività individuate.	Dal 30/11/2017 tutte e tre le attività individuate vengono attuate secondo le nuove modalità trasversali.	30
5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				20

**TOTALE SCHEDA DI BUDGET**

**100**

**Il Direttore Sanitario**  
**Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore f.f.**  
**Dip. Prevenzione**  
**Dottoressa Tiberia Boccardo**

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

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto		
<p>1) Acquisizione della consapevolezza da parte del Direttore del Dipartimento del ruolo di Referente della Prevenzione e della Trasparenza attraverso il coordinamento ed il monitoraggio delle attività ed i compiti dei direttori di Struttura Complessa del Dipartimento, nel rispetto delle scadenze indicate nelle schede di budget dei Direttori e degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T.</p>	<p>Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati</p>	<p>1) Trasmissione a redazione.sito della tabella sui procedimenti amministrativi (de modificata) di tutto il Dipartimento per la pubblicazione su "Amministrazione Trasparente entro il 30 ottobre; 2) Trasmettere al RPCT tabella complessiva di aggiornamento del rischio e del monitoraggio sul trattamento del rischio entro il 15 ottobre; 3) Relazionare il Responsabile (RPCT) sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, mediante la redazione della relazioni/questionari da trasmettere entro 15 ottobre; 4) Relazionare il RPCT sull'applicazione effettiva della rotazione del personale entro il 15/07.</p>	<p align="center">10</p>	<p align="center">10</p>		
<p>2) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti</p>	<p>Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali al RPCT</p>	<p>Trasmissione al RPCT dei verbali, ricevuti dai Direttori di S.C. e sottoscritti dai partecipanti, al RPCT entro il 15/07/2017</p>				
<p>3) Compilazione della scheda dei tempi dei procedimenti "dipartimentali". Trasmissione dei monitoraggi dei procedimenti "dipartimentali" e di quelli afferenti alle altre strutture del Dipartimento</p>	<p>Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali al RPCT</p>	<p>Trasmissione a redazione.sito delle schede del monitoraggio dei tempi dei procedimenti 1) Entro il 15/03 della tabella dei tempi dei procedimenti relativi al IV trimestre 2016; 2) entro il 15/04 - 15/07 - 15/10 della tabella sui tempi procedurali dei primi tre trimestri del 2017 (tabelle in formato aperto).</p>				

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**  
**S.C. Igiene e Sanità Pubblica**  
**Direttore f.f. Dottoressa Alessandra Robotti**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	5
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Adeguatezza	1	<b>Realizzazione a livello aziendale degli obiettivi del PRP 2014-2018:</b> A) Formazione MMG e PLS B) Costituzione e coordinamento l'équipe operativa	Numero di iniziative di formazione per MMG e PLS e numero azioni di coordinamento dell'équipe operativa		<b>A)</b> Realizzazione, entro il 30 Novembre 2017 ed in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie e i Direttori dei Distretti sociosanitari, di almeno un incontro informativo con i rappresentanti delle AFT dei MMG e dei PLS nei 6 Distretti sociosanitari, al fine di individuare percorsi di collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute previsti dal PRP <b>B)</b> Realizzazione ed effettuazione entro il 30 Novembre 2017 di almeno una riunione di coordinamento per ognuno dei tavoli di lavoro aziendali istituiti per il raggiungimento degli obiettivi del PRP (tavolo del setting comunitario, del setting scolastico, del setting lavorativo, della promozione dell'allattamento al seno e del Dipartimento di prevenzione) e del monitoraggio dei risultati raggiunti.	25	25
	2	. Consolidare le competenze degli operatori della S.C. Igiene e Sanità Pubblica per consentire un qualificato contributo alla valutazione dei possibili impatti sulla salute, derivanti da situazioni legate ad incidenti rilevanti industriali, che potrebbero esporre la popolazione a potenziali rischi ad essi correlati	Evidenza di procedura scritta e numero di incontri formativi con il personale della S.C. I.S.P. interessato		Stesura definitiva e realizzazione di almeno un incontro formativo con tutto il personale interessato. entro il 30/9/2017 della procedura relativa alle attività della S.C. I.S.P. in merito alla gestione delle emergenze relative ad incidenti rilevanti in ambiente esterno Dall' 1 novembre 2017 evidenza di applicazione della procedura	15	15

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**  
**S.C. Igiene e Sanità Pubblica**  
**Direttore f.f. Dottoressa Alessandra Robotti**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
	3	Rispetto della tempistica per i cicli vaccinali previsti dal Piano regionale Prevenzione Vaccinale (D.G.R.1701/2014) con riduzione/contenimento liste di attesa di vaccinazione	- apertura di 6 ambulatori alla settimana, dislocati nelle tre principali sedi territoriali, dedicati alla vaccinazione verso meningococco B in regime di pagamento prenotabili tramite CUP - attivazione ambulatori dedicati al recupero per il vaccino Meningococco quadrivalente ACWY delle coorti 1998-1999. In occasione di questa vaccinazione si procederà alla regolarizzazione di cicli vaccinali non completati o somministrazioni di vaccini previsti da Calendari Regionali e Ministeriali e precedentemente non effettuati		95% copertura cicli vaccinali 80% completamento cicli nei tempi previsti	30	30
Performance/Adeguatezza	4	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	5	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
	6	Implementazione di un sistema di gestione qualità ( SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità ( SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	10	10
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
Dott. Paolo Cavagnaro	Dott. Luigi Carlo Bottaro

<b>Il Direttore f.f.</b>	<b>Il Responsabile Tecnici della Prevenzione del Dipartimento</b>
Dottoressa Alessandra Robotti	Dott Carlo Canossa

Scheda di Budget per ATPRSIE - S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	6.600,05	0,00	0,00	6.386,56	-6.386,56
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	2.911.814,82	0,00	0,00	2.911.816,00	-2.911.816,00
DIAGNOSTICI E REAGENTI	11,47	0,00	0,00	0,00	0,00
DISPOSITIVI MEDICI	4.394,48	0,00	0,00	4.262,40	-4.262,40
ALTRO MATERIALE SANITARIO	3.892,80	0,00	0,00	3.770,88	-3.770,88
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	36.283,86	0,00	0,00	35.200,00	-35.200,00
<b>TOTALE</b>	<b>2.962.997,48</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.961.435,84</b>	<b>-2.961.435,84</b>

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

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso		
2) Aggiornamento dei procedimenti amministrativi, dei processi a rischio e verifica del rispetto degli obblighi previsti dal P.T.P.C. T, con il supporto e la partecipazione del personale (gruppi di lavoro).	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 01 ottobre 2017 inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) comunicazione del nominativo del coordinatore (Anticorruzione-trasparenza), dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) trasmissione delle tabelle relative ai procedimenti amministrativi (qualora modificate), della revisione della gestione del rischio, di quelle sul monitoraggio del trattamento e del questionario sull'attività di monitoraggio sul rispetto dei PTPCT e dei Codici.	10	10
3) Compilare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Compilazione ed invio al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) Entro il 01/03 della tabella dei tempi dei procedimenti relativi al IV trimestre 2016; 2) entro il 01/04 - 01/07 - 01/10 della tabella sui tempi procedurali dei primi tre trimestri del 2017 (tabelle in formato aperto)		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmissione al Direttore del Dipartimento dei verbali, ricevuti dai Direttori di S.C. e sottoscritti dai partecipanti, al RPCT entro il 15/07/2017		
5) (Solo PSAL e S.C. Ig. Alim. Nutrizione) Applicazione della rotazione degli incarichi nelle attività più esposte al rischio corruzione (misure specifiche indicate nel trattamento del rischio per cinque processi/procedimenti)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30/06/2017 trasmettere al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) una relazione illustrativa sull'effettiva applicazione della misura		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparato
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	5
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Realizzazione della riorganizzazione delle attività in senso funzionale.	Rispetto della tempistica per il completamento della riorganizzazione.		Entro 30/09 riassegnazione del personale in base alla nuova organizzazione funzionale Entro 31/12 completamento riorganizzazione in senso funzionale del 100% delle attività	10	10
	2	Copertura del territorio in tema di controlli (Indicatori laboratorio MES)	<b>F15.2.1</b> Numero aziende ispezionate/ Numero aziende con dipendenti	Lab MES Anno 2015= 1.748/30.196 (5,79%) (LEA previsto 1509)	per il parametro F15.2.1: sul LEA pari a 1659 aziende (PAT)	30	30
			<b>F15.2.2</b> Numero aziende delle costruzioni ispezionate/Nr aziende delle costruzioni	Lab MES Anno 2015=1.070/2.986 (35,83%) (dato medio PSAL ultimi anni)<1200	mantenimento obiettivo budget 2016 pari a 1300 aziende delle costruzioni		
			<b>F15.2.3</b> Numero cantieri ispezionati/Numero cantieri notificati	Lab MES Anno 2015=659 su 3448 (19,11%) (da piano nazionale prevenzione 2017) N° 610	incremento del 10% su piano nazionale edilizia ispezione di 671 cantieri		
	3	Efficienza produttiva (Indicatori laboratorio MES)	<b>F15.3.1</b> Numero aziende ispezionate/Numero personale UPG ponderato PSAL	Lab MES Anno 2015= 1748/31 (56,39) da ispezionare (budget aziendale 2016) N° 78	raggiungimento risultati obiettivo budget 2016 pari a 75 aziende ispezionate per UPG	30	30
			<b>F15.3.2</b> Numero sopralluoghi/Numero personale UPG SPSAL	Lab MES Anno 2015= 1687/31 (54,42) sopralluoghi (budget aziendale 2016) N° 81	raggiungimento risultati obiettivo budget 2016 pari a 81 sopralluoghi per UPG.		

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparato
Performance/Appropriatezza	4	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	10	10
	5	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	5	5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						<b>95</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>105</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> Dottore Attilio Businelli	<b>Il Coord Tecnico della Prevenzione Ambiente/Luoghi lavoro</b>
--	--

Scheda di Budget per ATPRSCPP - S.C. PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO  
al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
DISPOSITIVI MEDICI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALTRO MATERIALE SANITARIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	21.413,01	0,00	0,00	20.768,55	-20.768,55
<b>TOTALE</b>	<b>21.413,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>20.768,55</b>	<b>-20.768,55</b>

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

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso		
2) Aggiornamento dei procedimenti amministrativi, dei processi a rischio e verifica del rispetto degli obblighi previsti dal P.T.P.C. T, con il supporto e la partecipazione del personale (gruppi di lavoro).	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 01 ottobre 2017 inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) comunicazione del nominativo del coordinatore (Anticorruzione-trasparenza), dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) trasmissione delle tabelle relative ai procedimenti amministrativi (qualora modificate), della revisione della gestione del rischio, di quelle sul monitoraggio del trattamento e del questionario sull'attività di monitoraggio sul rispetto dei PTPCT e dei Codici.	10	10
3) Compilare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Compilazione ed invio al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) Entro il 01/03 della tabella dei tempi dei procedimenti relativi al IV trimestre 2016; 2) entro il 01/04 - 01/07 - 01/10 della tabella sui tempi procedurali dei primi tre trimestri del 2017 (tabelle in formato aperto)		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmissione al Direttore del Dipartimento dei verbali, ricevuti dai Direttori di S.C. e sottoscritti dai partecipanti, al RPCT entro il 15/07/2017		
5) (Solo PSAL e S.C. Ig. Alim. Nutrizione) Applicazione della rotazione degli incarichi nelle attività più esposte al rischio corruzione (misure specifiche indicate nel trattamento del rischio per cinque processi/procedimenti)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30/06/2017 trasmettere al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) una relazione illustrativa sull'effettiva applicazione della misura		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	5
	2	Rispetto budget economico relativo a emolumenti per componenti Commissioni Invalidità Civile	Importo liquidato		Riduzione 5% rispetto Anno 2014 emolumenti per commissioni Report Bilancio	5	5
						<b>15</b>	<b>10</b>
Performance e Appropriatazza	1	Riorganizzazione offerta prestazioni ambulatoriali	Erogazione prestazioni entro 10 dalla prenotazione	entro 7 gg dalla prenotazione	Rispetto tempi di attesa	20	20
	2	Riduzione dei tempi di effettuazione delle visite in tema di responsabilità professionale	relazione medico legale entro due mesi dalla effettuazione della visita	90% delle richieste inoltrate	Rispetto dei tempi previsti per il 90% delle richieste	25	25
	3	Ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso alle visite specialistiche indicate dalla CML	Evidenza progetto di attivazione delle prenotazioni per visite specialistiche correlate agli accertamenti previsti da CML Patenti	entro 30 gg dalla richiesta della CML	Evidenza progetto Applicazione da 1/7	20	20
	4	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	10	10
	5	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	5	
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10	
						<b>85</b>	<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>					<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>  Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b>  Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b>  Dottoressa Tiberia Boccardo
--

Scheda di Budget per ATPRSCML - S.C. MEDICINA LEGALE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	1,54	0,00	0,00	0,00	0,00
DISPOSITIVI MEDICI	1.009,04	0,00	0,00	977,28	-977,28
ALTRO MATERIALE SANITARIO	87,99	0,00	0,00	85,92	-85,92
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	18.707,23	0,00	0,00	18.147,36	-18.147,36
<b>TOTALE</b>	<b>19.805,80</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>19.210,56</b>	<b>-19.210,56</b>

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

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso		
2) Aggiornamento dei procedimenti amministrativi, dei processi a rischio e verifica del rispetto degli obblighi previsti dal P.T.P.C. T, con il supporto e la partecipazione del personale (gruppi di lavoro).	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 01 ottobre 2017 inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) comunicazione del nominativo del coordinatore (Anticorruzione-trasparenza), dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) trasmissione delle tabelle relative ai procedimenti amministrativi (qualora modificate), della revisione della gestione del rischio, di quelle sul monitoraggio del trattamento e del questionario sull'attività di monitoraggio sul rispetto dei PTPCT e dei Codici.	10	10
3) Compilare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Compilazione ed invio al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) Entro il 01/03 della tabella dei tempi dei procedimenti relativi al IV trimestre 2016; 2) entro il 01/04 - 01/07 - 01/10 della tabella sui tempi procedurali dei primi tre trimestri del 2017 (tabelle in formato aperto)		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmissione al Direttore del Dipartimento dei verbali, ricevuti dai Direttori di S.C. e sottoscritti dai partecipanti, al RPCT entro il 15/07/2017		
5) (Solo PSAL e S.C. Ig. Alim. Nutrizione) Applicazione della rotazione degli incarichi nelle attività più esposte al rischio corruzione (misure specifiche indicate nel trattamento del rischio per cinque processi/procedimenti)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30/06/2017 trasmettere al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) una relazione illustrativa sull'effettiva applicazione della misura		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

**S.C. Sanità Animale**

**Direttore Dottore Roberto Parodi**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	5
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Adeguatezza	1	Piani di eradicazione: tubercolosi bovina, brucellosi bovina e ovi-caprina. Attuazione pianificazione e programmazione regionale; rispetto procedure e documentazione attività	Controllo del patrimonio zootecnico aziendale		100% allevamenti controllati rispetto a quelli previsti e mantenimento qualifica ufficialmente indenne. Flussi regionali/ministeriali	15	15
	2	Corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti con DGR 1606/2011	Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi		Il 95% dei flussi Lea dovrà avere un punteggio totale (assegnato secondo le regole regionali) inferiore a 2. Almeno il 75% degli altri flussi dovrà avere punteggio compreso fra 0 e 4. Monitoraggio CCD. Report Regione Liguria	10	10
	3	Gestione delle segnalazioni di morsi a persone provenienti dai Presidi Ospedalieri: ottimizzazione delle attività conseguenti	rispetto della tempistica prevista dalla vigente normativa	tempistica media al 31/12/2016 (misurata in giorni) intercorrente tra il ricevimento della segnalazione e la chiusura della pratica	riduzione del 10% rispetto al 31/12/2016 dei tempi medi (misurati in giorni) intercorrenti tra il ricevimento della segnalazione e la chiusura della pratica	15	15
	4	Piano di sorveglianza sierologica per il virus della Febbre catarrale degli ovini (Blue tongue)	Espletamento degli accertamenti diagnostici previsti dal piano nazionale di sorveglianza sierologica ed entomologica (83 campionamenti mensili presso allevamenti)	minimo a liv minist = 60%	Effettuazione del 70% rispetto al 60% degli accertamenti dovuti. Flussi regionali/ministeriali	20	20
	5	Attuazione di un sistema di sorveglianza su malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento a infezione da virus Zika	rispetto del piano di sorveglianza entomologica regionale	n. controlli di sorveglianza entomologica previsti dal piano di sorveglianza entomologica regionale / n. di controlli eseguiti	rispetto al 90% delle frequenze di controllo previste dal piano di sorveglianza entomologica regionale	10	10

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

**S.C. Sanità Animale**

**Direttore Dottore Roberto Parodi**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	6	Implementazione di un sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità (SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	10	10
	7	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata					10	10
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> Dottore Roberto Parodi
---

Scheda di Budget per ATPRSCSA - S.C. SANITA' ANIMALE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	2.679,17	0,00	0,00	2.595,90	-2.595,90
DISPOSITIVI MEDICI	1.387,06	0,00	0,00	1.345,20	-1.345,20
ALTRO MATERIALE SANITARIO	1.932,72	0,00	0,00	1.875,36	-1.875,36
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	11.480,95	0,00	0,00	11.136,84	-11.136,84
<b>TOTALE</b>	<b>17.479,90</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>16.953,30</b>	<b>-16.953,30</b>

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

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso		
2) Aggiornamento dei procedimenti amministrativi, dei processi a rischio e verifica del rispetto degli obblighi previsti dal P.T.P.C. T, con il supporto e la partecipazione del personale (gruppi di lavoro).	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 01 ottobre 2017 inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) comunicazione del nominativo del coordinatore (Anticorruzione-trasparenza), dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) trasmissione delle tabelle relative ai procedimenti amministrativi (qualora modificate), della revisione della gestione del rischio, di quelle sul monitoraggio del trattamento e del questionario sull'attività di monitoraggio sul rispetto dei PTPCT e dei Codici.	10	10
3) Compilare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Compilazione ed invio al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) Entro il 01/03 della tabella dei tempi dei procedimenti relativi al IV trimestre 2016; 2) entro il 01/04 - 01/07 - 01/10 della tabella sui tempi procedurali dei primi tre trimestri del 2017 (tabelle in formato aperto)		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmissione al Direttore del Dipartimento dei verbali, ricevuti dai Direttori di S.C. e sottoscritti dai partecipanti, al RPCT entro il 15/07/2017		
5) (Solo PSAL e S.C. Ig. Alim. Nutrizione) Applicazione della rotazione degli incarichi nelle attività più esposte al rischio corruzione (misure specifiche indicate nel trattamento del rischio per cinque processi/procedimenti)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30/06/2017 trasmettere al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) una relazione illustrativa sull'effettiva applicazione della misura		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	5
						10	5
Performance/Appropriatezza	1	Ottimizzazione delle attività di programmazione dei controlli previsti dal Piano Regionale Integrato dei Controlli di Sicurezza Alimentare (PRISA)	Nr controlli effettuati /Nr controlli stabiliti dal PRISA		95 % controlli effettuati rispetto al programmato	25	20
	2	Corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti con DGR 1606/2011	Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi		95% flussi Lea 2016; punteggio totale <2; almeno 75% altri flussi con punteggio fra 0 e 4 Monitoraggio CCD Report Regione Liguria	25	25
	4	Completamento dell'aggiornamento banche dati in conformità alla Masterlist	Riversamento dati anagrafiche esercizi nel sistemam SINVSA		Completamento riversamento esercizi fascia 2 50 % riversamento esercizi fascia 3	20	20
	5	Implementazione di un sistema di gestione qualità ( SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità ( SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	10	15
	6	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEMA DI BUDGET</b>					<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
<b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>

<b>Il Direttore f.f.</b>
<b>S.C. Igiene degli alimenti di origine animale</b>
<b>Dottore Nicola Pellegrino</b>

Scheda di Budget per ATPRSCOA - S.C. IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	14,30	0,00	0,00	0,00	0,00
DISPOSITIVI MEDICI	341,52	0,00	0,00	331,52	-331,52
ALTRO MATERIALE SANITARIO	1,43	0,00	0,00	0,00	0,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	6.926,37	0,00	0,00	6.718,58	-6.718,58
<b>TOTALE</b>	<b>7.283,62</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7.050,10</b>	<b>-7.050,10</b>

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

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso		
2) Aggiornamento dei procedimenti amministrativi, dei processi a rischio e verifica del rispetto degli obblighi previsti dal P.T.P.C. T, con il supporto e la partecipazione del personale (gruppi di lavoro).	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 01 ottobre 2017 inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) comunicazione del nominativo del coordinatore (Anticorruzione-trasparenza), dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) trasmissione delle tabelle relative ai procedimenti amministrativi (qualora modificate), della revisione della gestione del rischio, di quelle sul monitoraggio del trattamento e del questionario sull'attività di monitoraggio sul rispetto dei PTPCT e dei Codici.	10	10
3) Compilare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Compilazione ed invio al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) Entro il 01/03 della tabella dei tempi dei procedimenti relativi al IV trimestre 2016; 2) entro il 01/04 - 01/07 - 01/10 della tabella sui tempi procedurali dei primi tre trimestri del 2017 (tabelle in formato aperto)		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmissione al Direttore del Dipartimento dei verbali, ricevuti dai Direttori di S.C. e sottoscritti dai partecipanti, al RPCT entro il 15/07/2017		
5) (Solo PSAL e S.C. Ig. Alim. Nutrizione) Applicazione della rotazione degli incarichi nelle attività più esposte al rischio corruzione (misure specifiche indicate nel trattamento del rischio per cinque processi/procedimenti)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30/06/2017 trasmettere al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) una relazione illustrativa sull'effettiva applicazione della misura		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	5
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Adempimenti connessi con il recepimento della DGR Regione Liguria N.1292 del 30/12/2016 (Recepimento Intesa CSR 212 Linee guida per il Controllo Ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE)882/2004 e 854/2004 ed Intesa CSR 41 Linee guida 2073 e ss.mm.ed ii.) Tale recepimento nell'ordinamento regionale comporta la necessità di una successiva revisione anche del Piano regionale Integrato dei controlli in Sicurezza Alimentare e Sanità Animale (PRISA) a partire dall'anno 2017	% adeguamento anagrafica (basata dal 2006 su codici ATECO 2002) degli Operatori Settore Alimentare (OSA) alla codifica delle attività alimentari registrate e riconosciute Master List del Ministero Salute Tale anagrafica andrà utilizzata come riferimento univoco nazionale non solo ai fini della costruzione dell'anagrafe degli impianti di alimenti registrati e riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) n.852/2004, ma anche ai fini della categorizzazione dei rischi, della programmazione e della rendicontazione dei controlli ufficiali eseguiti ai sensi della normativa vigente in materia di sicurezza alimentare.		al <b>30/4/2107</b> completo adeguamento anagrafica degli OSA alla Master List al <b>30/6/2107</b> Simulazione di fattibilità dei controlli ufficiali in base alla nuova tempistica indicata nelle linee guida in ottemperanza a quanto richiesto dalla Regione Liguria per la predisposizione del PRISA al <b>31/12/2017</b> Attuazione delle attività specifiche previste nell'ambito del Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare (PRISA) stilato sulla base del risultato della simulazione.	25	25
	2	Corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti con DGR 1606/2011 e ss.mm.ii	Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi, da valutarsi anche in base alle indicazioni che perverranno in tema di LEA dalla Regione Liguria		80% flussi 2017; con punteggio compreso fra 0 e 4 come da Monitoraggio CCD Report Regione Liguria, da valutarsi anche in base alle indicazioni che perverranno in tema di LEA dalla Regione Liguria	10	10
	3	Garantire la realizzazione degli interventi di promozione della salute previsti dal PRP nel setting scolastico, in collaborazione con gli altri servizi interessati, in particolare la S.C. Igiene e Sanità Pubblica, la SSD Centro disturbi comportamento alimentare e la S.C.Assistenza Consultoriale e SC Professioni Sanitarie	Collaborazione al progetto aziendale Numero incontri		Al 30/06/2017 realizzazione di almeno due incontri di coordinamento tra tutti i servizi interessati , con evidenza di un programma integrato per il raggiungimento degli obiettivi del PRP Al 31/12/2017 incremento interventi previsti dal PRP, in collaborazione con gli altri servizi	10	10
	4	Partecipazione al Progetto Work Health Promotion con il CUG aziendale Asl 3 Genovese per l'argomento concernete "sana alimentazione" nell'ambito dei corretti stili di vita nel Progetto WHP_Promozione della salute sul luogo di lavoro in Asl3 assieme ad altre Strutture	Effettuazione di interventi formativi sulla sana alimentazione rivolti al personale della Asl 3		Rispetto del programma previsto dal progetto formativo	15	15

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	5	Rendicontazione dei dati aziendali e regionali 2017 del Sistema di Sorveglianza Okkio alla Salute in collaborazione con la S.S Epidemiologia (S.C. Igiene Sanità Pubblica)	Acquisizione dati dall' Istituto Superiore Sanità e stesura del report regionali ed altri eventuali strumenti di comunicazione		Produzione reportistica e comunicazione dei risultati della raccolta dati 2017 Entro 5 mesi dalla fornitura dei dati	10	10
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	7	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)	5	
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
8	Implementazione di un sistema di gestione qualità ( SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità ( SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	10	10	
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
Dott. Paolo Cavagnaro	Dott. Luigi Carlo Bottaro

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

Scheda di Budget per ATRPSCIA - S.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE al  
 mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
DIAGNOSTICI E REAGENTI	445,06	0,00	0,00	431,00	-431,00
DISPOSITIVI MEDICI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	15.204,32	0,00	0,00	14.754,30	-14.754,30
<b>TOTALE</b>	<b>15.649,38</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>15.185,30</b>	<b>-15.185,30</b>

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

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso		
2) Aggiornamento dei procedimenti amministrativi, dei processi a rischio e verifica del rispetto degli obblighi previsti dal P.T.P.C. T, con il supporto e la partecipazione del personale (gruppi di lavoro).	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 01 ottobre 2017 inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) comunicazione del nominativo del coordinatore (Anticorruzione-trasparenza), dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) trasmissione delle tabelle relative ai procedimenti amministrativi (qualora modificate), della revisione della gestione del rischio, di quelle sul monitoraggio del trattamento e del questionario sull'attività di monitoraggio sul rispetto dei PTPCT e dei Codici.	10	10
3) Compilare la tabella sul monitoraggio dei tempi dei procedimenti ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Compilazione ed invio al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza): 1) Entro il 01/03 della tabella dei tempi dei procedimenti relativi al IV trimestre 2016; 2) entro il 01/04 - 01/07 - 01/10 della tabella sui tempi procedurali dei primi tre trimestri del 2017 (tabelle in formato aperto)		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmissione al Direttore del Dipartimento dei verbali, ricevuti dai Direttori di S.C. e sottoscritti dai partecipanti, al RPCT entro il 15/07/2017		
5) (Solo PSAL e S.C. Ig. Alim. Nutrizione) Applicazione della rotazione degli incarichi nelle attività più esposte al rischio corruzione (misure specifiche indicate nel trattamento del rischio per cinque processi/procedimenti)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30/06/2017 trasmettere al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) una relazione illustrativa sull'effettiva applicazione della misura		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza, in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Consumato di Beni sanitari e non sanitari		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	5
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Adeguatezza	1	Realizzazione Obiettivi Screening Mammografico	% di donne invitate a screening mammario in anno 2017 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2017 (dato ISTAT)	Donne invitate 2016 > al 95 % della popolazione bersaglio 2016 (dato ISTAT)	Donne invitate 2017 100 % della popolazione bersaglio 2017 (dato ISTAT)	20	20
			% di donne che partecipano allo screening mammario rispetto alle donne invitate nel 2017	≥ 50 %	≥ 55 % Valutazione da 1/5/2018		
	2	Realizzazione Obiettivi Screening Cervice Uterina	% di donne invitate a screening del tumore della cervice uterina in anno 2017 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2017 (dato ISTAT)	Donne invitate 2016 > al 95% della popolazione bersaglio 2016 (dato ISTAT)	Donne invitate 2017 100 % della popolazione bersaglio 2017 (dato ISTAT)	20	20
			% di donne che partecipano allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate nel 2017	≥ 25 %	≥ 35 % Valutazione da 1/5/2018		
	3	Realizzazione Obiettivi Screening Colon Retto	% di persone invitate allo screening del colon retto in anno 2017 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2017 (dato ISTAT)	Persone invitate 2016 ≥ 80 % della popolazione bersaglio 2016 (dato ISTAT)	Persone invitate 2017 100 % della popolazione bersaglio 2017(dato ISTAT)	20	20
			% di persone che partecipano allo screening del tumore del colon retto rispetto alle persone invitate nel 2017	≥ 34 %	≥ 39 % Valutazione da 1/5/2018		
	4	Collaborazione tra SSD Popolazione a Rischio - SC Professioni Sanitarie – Dipartimento Immagini - SC Direzione Medica del Presidio Unico finalizzata all'offerta dei test primari di screening del tumore mammario al personale dipendente operativo nei PPOO Sestri P, Villa Scassi, Ponte x c/o propria sede di lavoro	Data attivazione progetto	Nessuno	Data attivazione progetto: entro 31 ottobre 2017  Responsabile del monitoraggio: Responsabile SSD popolazione a rischio Dottoressa Ivana Valle	10	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Adeguatezza	5	Implementazione di un sistema di gestione qualità ( SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	Evidenza della descrizione di almeno un processo di particolare rilevanza della struttura		Entro 31 Dicembre 2017 Implementazione del sistema di gestione qualità ( SGQ) secondo norma ISO 9001:2015	10	10
	6	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)		
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile</b> <b>Dottoressa Ivana Valle</b>
---

Scheda di Budget per ATPRSPPR - S.S.D. POPOLAZIONE A RISCHIO al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	2.068,03	0,00	0,00	2.009,91	-2.009,91
DIAGNOSTICI E REAGENTI	49.960,84	0,00	0,00	61.000,80	-61.000,80
DISPOSITIVI MEDICI	906,04	0,00	0,00	885,36	-885,36
ALTRO MATERIALE SANITARIO	16,69	0,00	0,00	20,16	-20,16
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	4.160,71	0,00	0,00	4.037,88	-4.037,88
<b>TOTALE</b>	<b>57.112,31</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>67.954,11</b>	<b>-67.954,11</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.S.D. Popolazione a rischio - Dssa I Valle**

<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso dirigenza</b>	<b>Peso comparto</b>
1) Analisi delle attività svolte dall'ufficio (procedimento/processi): mappatura (anche ai fini degli obblighi di trasparenza ex art. 35 D.Lgs.n. 35/2013), valutazione e trattamento del rischio	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30/06/17 inviare al RPTC scheda con i processi/procedimenti svolti	10	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015=1,99 Proiez Anno 2016=2,10	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Implementazione in collaborazione con DSS e MMG di un progetto di monitoraggio per la malattia di Chagas (prevenzione malattie trasmesse da vettori) con test sierologico	Entro 30/6 stesura progetto		Entro 30/11 attivazione test sierologico e preparazione brochure informativa/manifesti /sito aziendale	10	10
	2	In collaborazione con DSS estensione delle modalità INR capillare ad almeno un altro distretto	N°DSS con utilizzo INR capillare		Entro 2017 almeno 4 distretti operanti con la modalita INR capillare	25	15
	3	<b>Riduzione nr esami inappropriati:</b> Individuare tra le prestazioni richieste ai laboratori, quelle ad alto rischio di inappropriatazza	N° reparti richiedenti con i quali sono stati condivisi i criteri di richiesta delle prestazioni a rischio inappropriatazza		Entro 30/6 estensione ad >80 % dei reparti dei criteri condivisi	25	15
			Verifica della riduzione degli esami a rischio di inappropriatazza richiesti da ogni reparto		Valutazione 4°trimestre 2017		
			Riduzione nr esami inappropriati		Riduzione 10% rispetto periodo di applicazione dei criteri		
	4	Screening CCR	Rispetto dei tempi di refertazione		Entro 6 gg dall'effettuazione dell'esame	10	10
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10	15
6	Promozione della cultura della Best Practice	Partecipazione al percorso ALLERT della sorveglianza delle ICAP		N° segnalazioni a reparto <b>Monitoraggio CIO</b>	10	20	
7	Messa a disposizione di un tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati	Evidenza della esportazione del flusso mensile		Entro il 31 maggio , in accordo con SIA e CCD individuazione della procedura organizzativa finalizzata alla gestione delle informazioni relative all'attività rivolta ai pazienti interni Da 1/7 avvio monitoraggio		10	
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>					<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore f.f.</b> S.C. Laboratorio Analisi Dottore Antonino Spitaleri	<b>Il Coord Tecnico</b> S.C. Laboratorio Analisi
--	---

Scheda di Budget per A5PC1101 - S.C. LABORATORIO ANALISI al mese di dicembre 2017

CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	3.811,81	0,00	0,00	3.697,16	-3.697,16
DIAGNOSTICI E REAGENTI	3.992.033,08	0,00	0,00	3.872.273,00	-3.872.273,00
DISPOSITIVI MEDICI	39.529,87	0,00	0,00	38.342,72	-38.342,72
ALTRO MATERIALE SANITARIO	7.388,12	0,00	0,00	7.166,40	-7.166,40
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	23.904,12	0,00	0,00	23.185,80	-23.185,80
<b>TOTALE</b>	<b>4.066.667,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3.944.665,08</b>	<b>-3.944.665,08</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,74 Proiez Anno 2016= 0,86	Miglioramento rapporto Anno 2016 Report CCD	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Riduzione tempi di refertazione attività istituzionale	Rispetto tempistica refertazione in urgenza		Vedi tabella allegata <b>Monitoraggio Direzione POU</b>	20	20
	2	Rispetto tempi di refertazione attività screening	Rispetto tempistica refertazione di cui alla tabella allegata		Vedi tabella allegata <b>Monitoraggio Direzione POU</b>	20	20
	3	Garantire risposte entro 4 gg lavorativi per l'80% degli esami biopsici preoperatori richiesti con modalità "urgente" per patologie oncologiche senza indagini ihc (immunoistochimica)	rispetto della tempistica		80% esami entro quattro gg lavorativi	20	20
	4	Migliorare la qualità della richiesta implementando e perfezionando la tracciabilità dei campioni; verranno prodotti dei report periodici che saranno inviati alle varie UO afferenti con le criticità rilevate. Elaborazione dati statistici ed invio alle u.o. richiedenti delle non conformità rilevate, registrate e risolte	% delle non conformità rilevate su tutte le richieste pervenute: • Mancato inserimento su sistema inf. • Mancato invio del materiale dopo inserimento online entro 24h lavorative • Non correlazione tra richiesta e materiale • Errori Anagrafici • Assenza notizie cliniche audit ed ottimizzazione dei percorsi comuni		riduzione del 15% <b>Responsabile del monitoraggio: CPSE e RAQ</b>	10	10
	5	Test con Anticorpo ALK metodica utile nel PDT dell'adenocarcinoma del polmone	numero esami con referto completo su tutti i referti di ADK del polmone riduzione del tempo di risposta fra l'invio del campione e vidimazione dell'esame completo del test ALK		90% referti dell'anno in corso completi del test ALK	10	5
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10	10
	7	Messa a disposizione di un tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati	Evidenza della esportazione del flusso mensile		Entro il 31 maggio, in accordo con SIA e CCD individuazione della procedura organizzativa finalizzata alla gestione delle informazioni relative all'attività rivolta ai pazienti interni Da 1/7 avvio monitoraggio		10
						<b>90</b>	<b>95</b>

**TOTALE SCHEDA DI BUDGET**

**100**

**100**

**Il Direttore Sanitario**

**Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale**

**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore f.f.**

**S.C. Anatomia Patologica**  
**Dottore Luca Anselmi**

**Il Coord Tecnico**

**S.C. Anatomia Patologica**

Scheda di Budget per A5PC0301 - S.C. ANATOMIA PATOLOGICA - VILLA SCASSI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	6.481,84	0,00	0,00	6.286,94	-6.286,94
DIAGNOSTICI E REAGENTI	199.336,11	0,00	0,00	193.356,25	-193.356,25
DISPOSITIVI MEDICI	80.681,83	0,00	0,00	78.261,12	-78.261,12
ALTRO MATERIALE SANITARIO	7.633,09	0,00	0,00	7.404,08	-7.404,08
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	4.417,16	0,00	0,00	4.284,17	-4.284,17
<b>TOTALE</b>	<b>298.550,03</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>289.592,56</b>	<b>-289.592,56</b>

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

**Tempi di refertazione S.C. Anatomia Patologica**

*Indicatore di partenza data di esecuzione esame e data di refertazione*

**Risultati**  
**Attesi**  
**Anno**  
**2017**

Diagnosi istologica campioni operatori	15	con sfioramento < 5%
Diagnosi istologica campioni biotici	5	con sfioramento < 5%
Diagnosi citologica extravaginali	7	con sfioramento < 5%
Diagnosi citologica vaginali opportunistico	30	con sfioramento < 5%
Diagnosi riscontri autoptici	20	con sfioramento < 5%



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

**Tempi di refertazione S.C. Anatomia Patologica**

*Indicatore di partenza data di esecuzione esame e data di refertazione*

**Risultati**  
**Attesi**  
**Anno 2017**

**Breast Unit**

- stadiazione oncologica con fattori prognostici della neoplasia mammaria	20 gg	con sforamento	< 5%
- refertazione cito e istologica (agoaspirati e biopsie)	8 gg	con sforamento	< 5%

**Attività di screening**

1°livello cervice	30 gg	con sforamento	< 5%
2°livello cervice	6 gg	con sforamento	< 5%
cervice Hc2 test	30 gg	con sforamento	< 5%
2°livello colon	6 gg	con sforamento	< 5%
2°livello mammella	8 gg	con sforamento	< 5%

per gli esami di 2° livello di colon ,cervice e mammella e per gli esami istologici di agobiopsie mammella vengono previsti gg. 2 in più per eventuali colorazioni di immunostochimica ( evidenziali nel foglio di lavoro e nel referto) ( 90%)

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**  
**S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**  
**Direttore f.f. Dott. Piero Vidotto**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,73 Proiez Anno 2016= 0,80	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Informatizzazione richieste trasfusionali ed Emo-Bed Side: conclusione reparti di degenza	Numero reparti operativi		Applicazione 100% richiesta trasfusionale ed Emo-Bed Side al letto del paziente Monitoraggio intermedio al 30/6	25	25
	2	Mantenimento dell'autosufficienza -Diminuire acquisizione di sangue dai centri esterni e/o aumentare la cessione di emocomponenti agli altri centri trasfusionali Liguri	Numero donatori convocati telefonicamente/numero donatori che hanno donato dopo convocazione		Mantenimento autosufficienza sangue	25	25
	3	Monitorare l'indicatore "Percentuale di richieste inappropriate per trasfusioni di sangue e/o emocomponenti"	Evidenza reportistica		Al 31/12 riepilogo delle non conformità riscontrate e delle azioni di miglioramento intraprese	25	25
		Monitorare l'indicatore "Percentuale di richieste incomplete per trasfusioni di sangue e/o emocomponenti"	Evidenza reportistica		Al 31/12 riepilogo delle non conformità riscontrate e delle azioni di miglioramento intraprese		
4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema "Pazienti che effettuano il test di Coombs"	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema previsto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	15	20	
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>					<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore f.f.</b> S.C. Medicina Trasfusionale Dottore Piero Vidotto	<b>Il Coord Tecnico</b> S.C. Medicina Trasfusionale
--	--

Scheda di Budget per A5PC2001 - S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE al  
 mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	64.664,57	0,00	0,00	62.726,60	-62.726,60
DIAGNOSTICI E REAGENTI	286.699,82	0,00	0,00	250.000,00	-250.000,00
DISPOSITIVI MEDICI	244.228,69	0,00	0,00	236.900,80	-236.900,80
ALTRO MATERIALE SANITARIO	1.112,02	0,00	0,00	1.078,00	-1.078,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	6.144,74	0,00	0,00	5.960,90	-5.960,90
<b>TOTALE</b>	<b>602.849,84</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>556.666,30</b>	<b>-556.666,30</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,74 Proiez Anno 2016= 0,72	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Raggiungimento Valori attesi di cui alle tabelle allegate	20	20
	2	Progetto interdepartimentale ed intraaziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/11/2017		Formazione del personale coinvolto entro il 30/6/2018 ed attivazione entro il 30/12/ 2018 del PDTA	10	10
	3	Aggiornamento/Applicazione PDTA ictus ischemico con coinvolgimento SC Neurologia e Dipartimento Emergenza-Urgenza: attivazione del teleconsulto con Neuroradiologia Ospedale San Martino	nr esami neuro-angio TC eseguiti in urgenza		esecuzione del 98% degli esami richiesti entro i tempi i previsti a partire dall'attivazione del teleconsulto con San Martino	5	5
	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P ( entro 12 mesi a seconda del quesito diagnostico e dei protocolli raccomandati per prevenzione e/o follow up )	15	10
	4	Obiettivo Dipartimentale per le strutture ospedaliere: Tempi di attesa per prestazioni per pazienti ricoverati	Individuazione prestazioni con evidenza tempo max di attesa per pz interni		Entro 30/4 individuazione tempi massimi di attesa: h.24 per RX e Ecografia h.48 TC h.72 RM salvo controindicazione all'indagine non dichiarate alla prenotazione Tempi di refertazione : Rx ed ETG referto immediato e conque non superiore a h.24 dall'esecuzione dell'indagine ; TC ed RM entro 48 ore dall'esecuzione Da 1/5 applicazione modello previsto	10	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
	5	Messa a disposizione di un tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati	Evidenza della esportazione del flusso mensile		Entro il 31 maggio , in accordo con SIA e CCD individuazione della procedura organizzativa finalizzata alla gestione delle informazioni relative all'attività rivolta ai pazienti interni Da 1/7 avvio monitoraggio		10
	6	Realizzazione del progetto di apertura dell'attività di screening mammario di primo livello sul Centro Hub di Fiumara h12 dal lunedì al venerdì a partire dal 1 febbraio 2017	numero degli esami eseguiti nel centro Hub offerta nr mammografie screening		aumento offerta nr mammografie nella sede specifica	10	10
Performance/Appropriatezza	7	Progetto di trasferimento della MOC presso la Radiologia Fiumara con implementazione degli esami	Nr prestazioni eseguite		incremento della performance rispetto al 2016 superiore al 50%	10	10
	8	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10	10
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>Dottoressa Nicoletta Gandolfo</b>	<b>Il Coordinatore</b> <b>Tecnico</b>
---	--

Scheda di Budget per A69I6901 - S.C. RADIOLOGIA OSPEDALE VILLA SCASSI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	167.341,90	0,00	0,00	162.320,76	-162.320,76
DIAGNOSTICI E REAGENTI	6.996,76	0,00	0,00	6.786,90	-6.786,90
DISPOSITIVI MEDICI	752.045,51	0,00	0,00	729.484,80	-729.484,80
ALTRO MATERIALE SANITARIO	2.492,79	0,00	0,00	2.417,28	-2.417,28
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	28.989,22	0,00	0,00	28.122,60	-28.122,60
<b>TOTALE</b>	<b>957.866,18</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>929.132,34</b>	<b>-929.132,34</b>

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

**SCHEMA PRODUZIONE**

	VILLA SCASSI								
	Budget 2016				Prestazioni 2016				Budget 2017
	Esterni	Interni	PS	Totale	Esterni	Interni	PS	TOTALE	Totale
Tradizionale	7.500	15.000	42.800	65.300	6.233	13.606	43.485	63.324	65.300
Ecografie	6.900	2.500	4.500	13.900	7.079	1.783	4.150	13.012	13.500
Biopsie ecoguidate	600			600	336			336	600
Mammografie	4.200			4.200	3.931	389		4.320	4.100
Mammo Screening	1.000			1.000	623			623	1.000
VAB									250
TAC	3.100	6.400	8.500	18.000	2.424	6.603	8.966	17.993	18.000
RMN	500	1.500	50	2.050	1.001	879	31	1.911	2.300
Angiografia	1.000			1.000				-	1.247
Interventistica	1.000			1.000				-	
	<b>25.800</b>	<b>25.400</b>	<b>55.850</b>	<b>107.050</b>	<b>21.627</b>	<b>23.260</b>	<b>56.632</b>	<b>101.519</b>	<b>106.297</b>

\* \*\*

\* di cui 1.000 per approfondimenti di 2° livello

\*\* di cui nr 200 litoclasie

Mammo Screening PROIEZIONE 11mesi su 12



S.C. Centro di Controllo Direzionale

**S.C. Radiologia Villa Scassi**  
**Responsabile Dottoressa Nicoletta Gandolfo**

**SCHEDA PRODUZIONE**

	<b>FIUMARA</b>		
	<b>Budget 2016</b>	<b>Prestazioni 2016</b>	<b>Budget 2017</b>
Tradizionale	<b>9.500</b>	<b>8.036</b>	<b>9.000</b>
Ecografie	<b>2.000</b>	<b>2.358</b>	<b>2.100</b>
Biopsie ecoguidate	<b>600</b>	<b>466</b>	<b>500</b>
Mammografie (senologiche)	<b>3.900</b>	<b>3.516</b>	<b>3.500</b>
Mammografie (screening Fiumara)	<b>10.500</b>	<b>11.427</b>	<b>13.900</b>
Mammografie (screening Voltri)	<b>4.100</b>	<b>2.583</b>	<b>2.000</b>
TAC			
MOC	<b>2.000</b>	<b>1.012</b>	<b>1.500</b>
RMN			
	<b>32.600</b>	<b>29.398</b>	<b>32.500</b>

*Mammografie (screening Fiumara e Voltri) - PROIEZIONE 11 mesi SU 12*

**\* di cui 1.000 per approfondimenti di 2° livello**

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,84 Proiez Anno 2016= 0,96	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5	
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Raggiungimento Valori attesi di cui alle tabelle allegate	20	20
	2	Rotazione del Personale Medico competente tra le Sedi Villa Scassi e Micone per Attività diagnostica di RM e TC	n°di turni h 12 effettuati presso la Sede A. Micone		Almeno 2 turni settimanali h 12 Almeno 100 turni h12 a partire dal 15/3 a partire dall'espletamento del concorso	15	0
	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P ( entro 12 mesi a seconda del quesito diagnostico e dei protocolli raccomandati per prevenzione e/o follow up )	15	15
	4	<i>Obiettivo Dipartimentale per le strutture ospedaliere:</i> Tempi di attesa per prestazioni per pazienti ricoverati	Individuazione prestazioni con evidenza tempo max di attesa per pz interni		Entro 30/4 individuazione tempi massimi di attesa: h.24 per RX e Ecografia h.48 TC h.72 RM salvo controindicazione all'indagine non dichiarate alla prenotazione Tempi di refertazione : Rx ed ETG referto immediato e conque non superiore a h.24 dall'esecuzione dell'indagine ; TC ed RM entro 48 ore dall'esecuzione Da 1/5 applicazione modello previsto	15	15
	5	Messa a disposizione di un tracciato relativo alle prestazioni erogate a pazienti ricoverati	Evidenza della esportazione del flusso mensile		Entro il 31 maggio , in accordo con SIA e CCD individuazione della procedura organizzativa finalizzata alla gestione delle informazioni relative all'attività rivolta ai pazienti interni Da 1/7 avvio monitoraggio		10
	6	Progetto di copertura turni di lavoro sabato/domenica	Presentazione progetto entro 30/6 progetto		Attivazione progetto entro 30/10/2017	15	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10	25
						90	95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						100	100
--------------------------------	--	--	--	--	--	-----	-----

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore f.f.</b> <b>S.C. Radiologia Sestri,</b> <b>Gallino, Colletta</b> <b>Dottore Paolo Caserza</b>	<b>Il Coordinatore</b> <b>Tecnico</b>
--	--

Scheda di Budget per A69I6902 - S.C. RADIOLOGIA OSPEDALI P.A. MICONE, GALLINO E LA COLLETTA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	65.958,64	0,00	0,00	63.977,12	-63.977,12
DIAGNOSTICI E REAGENTI	3.159,07	0,00	0,00	3.063,60	-3.063,60
DISPOSITIVI MEDICI	59.036,87	0,00	0,00	57.266,56	-57.266,56
ALTRO MATERIALE SANITARIO	3.094,48	0,00	0,00	3.000,80	-3.000,80
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	31.564,95	0,00	0,00	30.615,64	-30.615,64
<b>TOTALE</b>	<b>162.814,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>157.923,72</b>	<b>-157.923,72</b>

**S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino**  
**Direttore f.f. Dott. Paolo Caserza**

**SCHEDA PRODUZIONE**

	<b>RADIOLOGIA COLLETTA</b>						
	<b>Budget 2016</b>			<b>Prest Anno 2016</b>			<b>Budget 2017</b>
	<b>Esterni</b>	<b>Interni</b>	<b>Totale</b>	<b>Esterni</b>	<b>Interni</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>
Tradizionale	7.500	1.400	8.900	7.545	1.551	9.096	9.100
Ecografie	2.000	300	2.300	2.422	410	2.832	2.800
Mammografie						0	
TAC						0	
RMN	1.550		1.550	1.128	29	1.157	1.200
Mineralometria/Densitometria ossea	6.000	150	6.150	5.329	202	5.531	6.000
	<b>17.050</b>	<b>1.850</b>	<b>18.900</b>	<b>16.424</b>	<b>2.192</b>	<b>18.616</b>	<b>19.100</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

**S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino**  
**Direttore f.f. Dott. Paolo Caserza**

**SCHEDA PRODUZIONE**

<b>RADIOLOGIA MICONE</b>								
<b>Budget 2016</b>			<b>Prest Anno 2016</b>				<b>Budget 2017</b>	
<b>Esterni</b>	<b>Interni</b>	<b>Totale</b>	<b>Esterni</b>	<b>Interni</b>	<b>PS</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	
Tradizionale	<b>16.000</b>	<b>11.000</b>	<b>27.000</b>	<b>15.429</b>	<b>2.271</b>	<b>8.566</b>	<b>26.266</b>	<b>26.266</b>
Ecografie	<b>5.100</b>	<b>1.650</b>	<b>6.750</b>	<b>4.265</b>	<b>573</b>	<b>904</b>	<b>5.742</b>	<b>5.742</b>
Mammografie (senologia)	<b>1.200</b>		<b>1.200</b>	<b>1.166</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>1.175</b>	<b>1.175</b>
Mammografie (screening)	<b>3.000</b>		<b>3.000</b>	<b>3.725</b>			<b>3.725</b>	<b>4.000</b>
TAC	<b>3.000</b>	<b>2.600</b>	<b>5.600</b>	<b>3.053</b>	<b>1.363</b>	<b>937</b>	<b>5.353</b>	<b>5.353</b>
RMN	<b>2.500</b>	<b>1.000</b>	<b>3.500</b>	<b>1.695</b>	<b>703</b>	<b>25</b>	<b>2.423</b>	<b>2.423</b>
<b>Totali</b>	<b>30.800</b>	<b>16.250</b>	<b>47.050</b>	<b>29.333</b>	<b>4.919</b>	<b>10.432</b>	<b>44.684</b>	<b>44.959</b>

**S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino  
Direttore f.f. Dott. Paolo Caserza**

***SCHEDA PRODUZIONE***

	<b>RADIOLOGIA GALLINO/BUSALLA</b>							
	<b>Budget 2016</b>			<b>Prest Anno 2016</b>				<b>Budget 2017</b>
	<b>Esterni</b>	<b>Interni</b>	<b>Totale</b>	<b>Esterni</b>	<b>Interni</b>	<b>PS</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>
Tradizionale	<b>11.000</b>	<b>6.800</b>	<b>17.800</b>	<b>10.412</b>	<b>1.175</b>	<b>5.662</b>	<b>17.249</b>	<b>17.249</b>
Tradizionale Busalla	<b>3.500</b>		<b>3.500</b>	<b>2.714</b>			<b>2.714</b>	<b>2.714</b>
Ecografie	<b>4.400</b>	<b>2.000</b>	<b>6.400</b>	<b>3.120</b>	<b>480</b>	<b>1.156</b>	<b>4.756</b>	<b>4.756</b>
Ecografie Busalla	<b>700</b>		<b>700</b>	<b>759</b>			<b>759</b>	<b>500</b>
Mammografie ( Cliniche)	<b>900</b>		<b>900</b>	<b>885</b>	<b>9</b>		<b>894</b>	<b>894</b>
Mammografie ( Screening)	<b>3.500</b>		<b>3.500</b>	<b>2.806</b>			<b>2.806</b>	<b>3.000</b>
TAC	<b>2.000</b>	<b>900</b>	<b>2.900</b>	<b>2.325</b>	<b>733</b>	<b>376</b>	<b>3.434</b>	<b>3.434</b>
	<b>26.000</b>	<b>9.700</b>	<b>35.700</b>	<b>23.021</b>	<b>2.397</b>		<b>32.612</b>	<b>32.547</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Mantenimento		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
						5	5
Performance/Appropriatezza	1	Realizzazione Corso misto FAD di aggiornamento sulla sicurezza in RM	Attivazione del Corso		Presentazione alla S.C. Formazione del progetto per riconoscimento crediti ECM e del materiale didattico Realizzazione di almeno due edizioni frontali di verifica finale del Corso misto FAD	10	10
	2	Valutazione biennale LDR nelle Radiologie e Medicina Nucleare e presentazione risultati in Audit interni	Audit		Effettuazione degli Audit tutte le Radiologie ASL3	10	10
	3	Sostituzione delle "Norme Interne di Radioprotezione" affisse nelle Zone Controllate con quelle aggiornate 2017	Numero di Zone Controllate interessate		Sostituzione "Norme Interne di Radioprotezione" in tutte le Zone Controllate sul totale	15	15
	4	Organizzazione e integrazione turni di controllo radiometrico biobox Villa Scassi	Segnalazione da parte degli organi di vigilanza di rilevamento radioattività non esente		Nessuna segnalazione	15	15
	5	Affissione delle "10 Perle di Radioprotezione" ad integrazione delle norme interne di radioprotezione	Numero di apparecchi radiologici dotati delle indicazioni		Dotazione con le indicazioni su tutti gli apparecchi per scopia interessati	15	15
	6	Presentazione in Audit delle analisi degli indicatori dosimetrici nelle immagini radiologiche	Numero Audit effettuati		Audit in tutte le radiologie della ASL3	15	15
	7	Censimento delle apparecchiature e valutazione tecnica per dotazioni di software per la tracciabilità del dato dosimetrico	Indicatore di risultato: censimento delle apparecchiature al 30/06/2017, capitolato di acquisto al 31/12/2017		Risultato atteso : adeguamento a quanto previsto dalla Direttiva D.E. 59/2013	15	15
						95	95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>					<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>  <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b>  <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile</b>  <b>S.S.D. Fisica Sanitaria</b> <b>Dottoressa Nuccia Canevarollo</b>
--

Scheda di Budget per A69I6903 - S.S.D. FISICA SANITARIA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
DISPOSITIVI MEDICI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	400,27	0,00	0,00	400,40	-400,40
<b>TOTALE</b>	<b>400,27</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>400,40</b>	<b>-400,40</b>

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

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

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance ed appropriatezza	5	Ampliamento del nastro lavorativo h 12 due volte alla settimana presso le sedi di Nervi e Struppa per la Radiologia tradizionale	nr prestazioni eseguite		miglioramento dell'offerta oraria e riduzione dei tempi di attesa (l'aumento dell'offerta è deducibile dalle schede di produzione allegate)	20	20
		Consolidamento dell'attività ecografica pomeridiana h. 10 quattro giorni alla settimana presso le sedi di Nervi e via XII Ottobre e due presso la sede di Struppa	nr prestazioni eseguite		miglioramento dell'offerta oraria e riduzione dei tempi di attesa (l'aumento dell'offerta è deducibile dalle schede di produzione allegate)		
		Mantenimento di " Accesso diretto " per gli esami ecografici presso le Sedi di Nervi e via XII ottobre un giorno alla settimana ( ed eventuale ampliamento alla sede di Struppa qualora la richiesta sia superiore all'offerta)	nr utenti in accesso diretto		miglioramento dell'offerta oraria e riduzione dei tempi di attesa (l'aumento dell'offerta è deducibile dalle schede di produzione allegate)		
	8	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10	20
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>					<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>  <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b>  <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile</b>  <b>Dottoressa Cristina Odino</b>	<b>Il Coordinatore Tecnico</b>
--	--------------------------------

Scheda di Budget per A69I6904 - S.S.D. RADIOLOGIA TERRITORIO al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	4,80	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICI E REAGENTI	6.324,05	0,00	0,00	6.132,90	-6.132,90
DISPOSITIVI MEDICI	1.997,57	0,00	0,00	1.937,28	-1.937,28
ALTRO MATERIALE SANITARIO	1.166,55	0,00	0,00	1.132,32	-1.132,32
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	19.342,07	0,00	0,00	17.998,20	-17.998,20
<b>TOTALE</b>	<b>28.835,04</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>27.200,70</b>	<b>-27.200,70</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

***SCHEDA PRODUZIONE***

Recco

	Budget 2016	Prest Anno 2016	Budget 2017
Tradizionale	4.700	6.218	4.700
Ecografie	3.500	3.082	3.500
Mammografie (Senologia)	1.000	636	-
Mammografie (Screening)*	3.500	2.121	4.000
TAC			
RMN			
	12.700	12.057	12.200



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

***SCHEDA PRODUZIONE***

Nervi

	Budget 2016	Prest Anno 2016	Budget 2017
Tradizionale *	11.000	9.375	11.000
Ecografie *	5.000	6.406	6.400
Mammografie			
TAC			
RMN	1.300	542	550
MOC	4.500	1.954	-
	21.800	18.277	17.950



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

**SCHEDA PRODUZIONE**

Via XII Ottobre

	Budget 2016	Prest Anno 2016	Budget 2017
Tradizionale			
Ecografie	<b>4.000</b>	<b>3.225</b>	<b>3.500</b>
Mammografie (Senologia)			
Mammografie (Screening)			
TAC			
RMN			

Fonte dati: Pentaho al 20/02/2017

**S.S.D. Radiologia Territorio**  
**Responsabile Dottorssa Cristina Odino**

***SCHEDA PRODUZIONE***

Struppa

	Budget 2016	Prest Anno 2016	Budget 2017
Tradizionale Struppa	8.100	5.671	5.600
Ecografie	2.000	2.731	2.700
Mammografie (Senologia)	900	556	600
Mammografie (Screening)*	4.850	4.084	4.000
TAC			
RMN	1.500	676	676
	17.350	13.718	13.576

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	10
						<b>10</b>	<b>10</b>
	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Raggiungimento Valori attesi di cui alle tabelle allegate	20	20
	2	Percorso per comunicare la dose effettiva somministrata al paziente nel referto e verifica dose stimata dal software in uso rispetto agli LDR	Definizione percorso		Registrazione nel referto della dose effettiva di somministrazione	25	25
	3	Progetto di ottimizzazione delle prestazioni di medicina nucleare dell' area metropolitana: identificazione di un percorso, definito da ALISA, da condividere con altro idoneo operatore di prestazioni diagnostiche, ai fini di una più proficua gestione delle macchine e del personale.	prima valutazione del progetto entro il 30 Giugno 2017		Da definire, in relazione al concretizzarsi di un percorso avallato da ALISA e dalla Direzione Generale Aziendale	25	25
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	20	20
						<b>90</b>	<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Responsabile</b> S.S.D. Medicina Nucleare Dottore Augusto Manzara	<b>Il Coordinatore</b> Tecnico
---	-----------------------------------

Scheda di Budget per A69I6101 - S.S.D. MEDICINA NUCLEARE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	178.725,73	0,00	0,00	173.363,45	-173.363,45
DIAGNOSTICI E REAGENTI	3.525,80	0,00	0,00	3.419,80	-3.419,80
DISPOSITIVI MEDICI	1.434,19	0,00	0,00	1.391,12	-1.391,12
ALTRO MATERIALE SANITARIO	40,20	0,00	0,00	38,80	-38,80
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	5.687,20	0,00	0,00	5.517,05	-5.517,05
<b>TOTALE</b>	<b>189.413,12</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>183.730,22</b>	<b>-183.730,22</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

**S.S.D. MEDICINA NUCLEARE**  
**Responsabile Dott. Augusto Manzara**

	Prestazioni 2015				Budget 2016	Prestazioni 2016				Budget 2017
	Esterni	Interni	PS	LP	Esterni	Esterni	Interni	PS	LP	
Scintigrafie	2.284	456	22	2	2.800	906	303	13		
MOC	19.397	52		38	19.900	18.707	30		48	18.000
Terapia	1					1				
Visita Medicina Nucleare	1.109			22	1.000	1.199	1		20	1.000
	<b>22.791</b>	<b>508</b>	<b>22</b>	<b>62</b>	<b>23.700</b>	<b>20.813</b>	<b>334</b>	<b>13</b>	<b>68</b>	<b>19.000</b>

Fonte dati: Pentaho al 20/02/2017

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,85 Proiez Anno 2016 = 0,83	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	10
						<b>15</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30
	2	Percorso integrato con la S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale, Distretti, Cure domiciliari, Area Geriatrica, funzionale per garantire la continuità assistenziale dei pazienti dimessi	evidenza del percorso individuato		dal 30 settembre 2017 applicazione del percorso individuato	10
	3	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
	4	Messa a Regime di PDTA Parkinson	Mappatura servizi 30/3 PDTA entro 31/8 N° paz seguiti		Elaborazione di un Percorso ASL entro 31/8 Mappatura dei servizi e degli interventi effettuati entro 30/3 Identificazione di una coorte di paz. Seguiti Monitoraggio esiti sui paz	15
	5	Messa in atto azioni di verifica sui dati PNE 2016	evidenza di azioni di verifica (Audit interno entro il 30 Maggio)	Dati PNE 2016: Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni : Alta mortalità >16%	Miglioramento dati mortalità per ictus ischemico a 30 giorni (dato nazionale di riferimento 12,07)	10
	6	Attivazione CDCD Ponente con Distretti 8 e 9, Area Geriatrica e DSM	Evidenza attivazione CDCD		Entro 30/11 attivazione CDCD con evidenza procedure individuate in ottemperanza la Piano regionale Demenze	10
						<b>85</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Neurologia</b> <b>Dottore Paolo Tanganelli</b>
--

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.C. Neurologia  
Dottor Paolo Tanganelli**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance/Adeguatezza	1	Percorso integrato con la S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale, Distretti, Cure domiciliari, Area Geriatrica, funzionale per garantire la continuità assistenziale dei pazienti dimessi	evidenza del percorso individuato		dal 30 settembre 2017 applicazione del percorso individuato	20
	2	Messa in atto azioni di verifica sui dati PNE 2016	evidenza di azioni di verifica ( Audit interno entro il 30 Maggio)	Dati PNE 2016: Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni : Alta mortalità >16%	Miglioramento dati mortalità per ictus ischemico a 30 giorni ( dato nazionale di riferimento 12,07)	25
	3	Messa a Regime di PDTA Parkinson	Mappatura servizi 30/3 PDTA entro 31/8 N°paz seguiti		Elaborazione di un Percorso ASL entro 31/8 Mappatura dei servizi e degli interventi effettuati entro 30/3 Identificazione di una coorte di paz. Seguiti Monitoraggio esiti sui paz.	20
	4	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
	5	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	10
	6	Attivazione CDCD Ponente con Distretti 8 e 9, Area Geriatrica e DSM	Evidenza attivazione CDCD		Entro 30/11 attivazione CDCD con evidenza procedure individuate in ottemperanza la Piano regionale Demenze	10
						95

**TOTALE SCHEDA DI BUDGET**

**100**

**Il Direttore Sanitario  
Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale  
Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore  
S.C. Neurologia  
Dottore Paolo Tanganelli**

**Il Coordinatore Infermieristico  
S.C. Neurologia**

Scheda di Budget per A32T3202 - S.C. NEUROLOGIA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	1.204.881,02	0,00	0,00	999.997,80	-999.997,80
DIAGNOSTICI E REAGENTI	3.747,74	0,00	0,00	3.637,50	-3.637,50
DISPOSITIVI MEDICI	74.439,16	0,00	0,00	72.201,60	-72.201,60
ALTRO MATERIALE SANITARIO	5.843,30	0,00	0,00	5.669,40	-5.669,40
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	21.279,95	0,00	0,00	20.649,75	-20.649,75
<b>TOTALE</b>	<b>1.310.191,17</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.102.156,05</b>	<b>-1.102.156,05</b>

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.C. Neurologia**  
**Dott. Paolo Tanganelli**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media trim sn	9,33 Micone 10,83 Villa Scassi	8,83 Micone * 10,62 Villa Scassi	9	5
Peso Medio	0,98 Micone 1,12 Villa Scassi	0,96 Micone * 1,10 Villa Scassi	Mantenimento valore Villa Scassi	2,5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	Drg 564 (Cefalea età >17 anni) - nr 30 Micone - nr 10 Villa Scassi	Drg 564 (Cefalea età >17 anni) - nr 14 Micone - nr 9 Villa Scassi. Sul totale dei Drg nr <b>2 casi a rischio inappropriatezza</b>	Soglia inappropriati <2 casi	5
Indicatore C14.2: % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	24,77% (27/109) Micone*	35,71% (5/14) Micone	<=18%	10
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	5,41% (21/388) Micone 3,65% (14/384) Villa Scassi	5,93%(15/253)Micone 6,79% (22/324)Villa Scassi	<=4%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	2,07% (12/580) Micone 1,86% (9/483) Villa Scassi	3,79%(14/369) Micone 1,40%(5/357) Villa Scassi	Mantenimento <=4,5%	2,5
				<b>30</b>

\* da settembre 2016 attività di ricovero ordinario di Neurologia accorpata a Villa Scassi

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Oculistica

Direttore Dott. Fabio Giacomelli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,93 Proiez Anno 2016= 1,00	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	10
						<b>15</b>
Performance/Appropriatezza	1	Garantire entro i sei mesi di vita la visita oculistica di controllo ai nuovi nati	numero visite/neonati		100% visite entro i sei mesi	20
	2	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
	3	Mantenimento livelli attività ambulatoriale chirurgica	Nr. prestazioni erogate	Nr prest Anno 2015 = 4.586 Valore = € 3.544.460,00 Nr prest Anno 2016 = 5.190 Valore = € 3.747.175,00	Volume / Valore = > Anno 2016	15
	4	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (3 mesi)	10
	5	Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	Drg 036 (Interventi sulla retina...) - <b>nr 17 casi (59% su tot casi)</b> Drg 039 (interv. Cristallino) <b>nr. 19 casi (12% su tot casi)</b> Drg 042 (interv. Strutt. Intraoculari) <b>nr. 47 casi (27% su tot casi) *</b>	Il reparto non effettua più attività ordinaria (nr 6 casi tot periodo gennaio settembre 2016)	Mantenimento	10
	6	Indicatore C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery	59% (126/215)	83,82% (114/136)	Mantenimento	10
	7	Collaborazione con l'ambulatorio di allergologia pediatrica con almeno due visite settimanali dedicate ai bambini seguiti dall'ambulatorio con problematiche allergologiche oculari	evidenza di almeno due posti settimanali dedicati		numero di accessi c/o ambulatorio oculistico di pazienti provenienti dall'ambulatorio di Allergologia pediatrica	10
						<b>85</b>

**TOTALE SCHEDA DI BUDGET**

**100**

**Il Direttore Sanitario**  
Dott. Paolo Cavagnaro

**Il Direttore Generale**  
Dott. Luigi Carlo Bottaro

**Il Direttore**  
S.C. Oculistica  
Dottore Fabio Giacomelli

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.C. Oculistica**

**Direttore Dott. Fabio Giacomelli**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2015	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance/Adeguatezza	1	Garantire entro i sei mesi di vita la visita oculistica di controllo ai nuovi nati	numero visite/neonati		100% visite entro i sei mesi	20
	2	Mantenimento livelli attività ambulatoriale chirurgica	Nr. prestazioni erogate	Nr prest Anno 2015 = 4.586 Valore = € 3.544.460,00 Nr prest Anno 2016 = 5.190 Valore = € 3.747.175,00	Volume / Valore = > Anno 2016	20
	3	Promozione della cultura della Best Practice: Applicazione procedura relativa ad "Occlusione nei pz minori affetti da exodeviiazione intermittente" al fine di trasmettere dati statisticamente significativi per determinare l'efficacia dell'intervento	Incremento nr pazienti	Al 31/12/2016 = nr 43 pz visitati e sottoposti a terapia di cui <b>nr 34 inseriti nello studio</b>	Al 31/12 almeno <b>nr 49 pz inseriti nello studio</b> Monitoraggio Direttore SC Professioni Sanitarie	20
	4	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
	6	Collaborazione con l'ambulatorio di allergologia pediatrica con almeno due visite settimanali dedicate ai bambini seguiti dall'ambulatorio con problematiche allergologiche oculari	evidenza di almeno due posti settimanali dedicati		numero di accessi c/o ambulatorio oculistico di pazienti provenienti dall'ambulatorio di Allergologia pediatrica	5
	5	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	20
						95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Oculistica</b> <b>Dottore Fabio Giacomelli</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Oculistica</b>
--

Scheda di Budget per A32T3401 - S.C. OCULISTICA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	783.431,05	0,00	0,00	759.931,62	-759.931,62
DIAGNOSTICI E REAGENTI	166,20	0,00	0,00	159,60	-159,60
DISPOSITIVI MEDICI	1.202.018,17	0,00	0,00	1.165.959,76	-1.165.959,76
ALTRO MATERIALE SANITARIO	922,72	0,00	0,00	895,44	-895,44
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	24.219,67	0,00	0,00	23.496,55	-23.496,55
<b>TOTALE</b>	<b>2.010.757,81</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.950.442,97</b>	<b>-1.950.442,97</b>

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

### S.C. OTORINOLARINGOIATRIA

**Direttore Dott. Felice Scasso**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015=0,86 Proiez Anno 2016= 0,92	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	10
						<b>15</b>
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30
	2	Mantenimento dell'attività ambulatoriale	Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2016	Prest Anno 2015= 19.855 Valore € 442.888,30 Prest Anno 2016= 19.272 Valore € 446.495,77	Volume / Valore = > Anno 2016	20
	3	Collaborazione con l'ambulatorio di allergologia pediatrica per la prevenzione e la cura delle patologie ORL pediatriche con attività ambulatoriale dedicata	evidenza di almeno sei posti mensili dedicati su Villa Scassi		numero di accessi c/o ambulatorio ORL di pazienti provenienti dall'ambulatorio di Allergologia pediatrica	15
	4	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
	5	Istituzione di un PDTA del paziente con patologia neoplastica del distretto testa-collo in collaborazione con le strutture di oncologia aziendali di concerto con le strutture territoriali di riferimento	evidenza del PDTA		presentazione del PDTA entro 30/5/2017	10
						<b>85</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Otorinolaringoiatria</b> <b>Dottore Felice Scasso</b>
---

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA**

**Direttore Dott. Felice Scasso**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficacia	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
	1	Istituzione di un PDTA del paziente con patologia neoplastica del distretto testa-collo in collaborazione con le strutture di oncologia aziendali di concerto con le strutture territoriali di riferimento	evidenza del PDTA		presentazione del PDTA entro 30/06/2017	25
	2	Mantenimento dell'attività ambulatoriale	Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2016	Prest Anno 2015= 19.855 Valore € 442.888,30 Prest Anno 2016= 19.272 Valore € 446.495,77	Volume / Valore = > Anno 2016	20
	3	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	25
	4	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	25
						95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Otorinolaringoiatria</b> <b>Dottore Felice Scasso</b>
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Otorinolaringoiatria</b>
--

Scheda di Budget per A32T3801 - S.C. OTORINOLARINGOIATRIA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	22.037,08	0,00	0,00	21.377,16	-21.377,16
DIAGNOSTICI E REAGENTI	194,67	0,00	0,00	188,65	-188,65
DISPOSITIVI MEDICI	88.122,71	0,00	0,00	85.481,76	-85.481,76
ALTRO MATERIALE SANITARIO	3.950,94	0,00	0,00	3.832,92	-3.832,92
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	6.296,09	0,00	0,00	6.104,56	-6.104,56
<b>TOTALE</b>	<b>120.601,49</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>116.985,05</b>	<b>-116.985,05</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.C. OTORINOLARINGOIATRIA**  
**Direttore Dott. Felice Scasso**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media trimm sn	5,29	4,54	Mantenimento	10
Peso Medio	1,07	1,08	Mantenimento	5
DGR 1222/2011 Appropriately erogativa: trasferimento in regime ambulatoriale Drg a rischio inappropriately*	Ric ord: 23 casi per Drg 055 1 caso per Drg 059 0 casi per Drg 060*	Ric ord: 21 casi Drg 055 1 caso Drg 059 0 casi Drg 060	Ric ord: 9 casi per Drg 055 1 caso per Drg 059 mantenimento casi per Drg 060	5
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	14,58% (121/830)	15,01% (104/693)	Mantenimento <=17	2,5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	1,80% (7/388)	1,56% (5/320)	Mantenimento soglia <4,5%	2,5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	32,43% (24/74)	29,31% (17/58)	<=18	5
				<b>30</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 1,04 Proiez Anno 2016= 1,15	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>10</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30
	2	Progetto interdepartimentale ed intraziendale di collaborazione con Radiologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	15
	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (3 mesi)	20
	4	implementazione PDTA sulla BPCO	N° pazienti ricoverati con BPCO, già presi in carico presso l'ambulatorio di pneumologia		riduzione ricoveri > 5% rispetto al 2016	15
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
						<b>90</b>
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Pneumologia</b> <b>Dottore Claudio Simonassi</b>
--

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO

### S.C. Pneumologia

**Direttore Dottore Claudio Simonassi**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						<b>5</b>
Performance	1	Presenza in carico del paz con BPCO	100% dimessi con BPCO		Segnalazione al Distretto di Riferimento di tutti i dimessi con BPCO	20
	2	Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute	Nr pazienti seguiti a livello ambulatoriale		Almeno 1 intervento rivolto alla popolazione, finalizzato alla individuazione di condizioni di rischio anche individuali per le MCNT	15
	3	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	20
	4	Progetto interdipartimentale ed interaziendale di collaborazione con Radiologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	20
	5	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	20
						<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Pneumologia</b> <b>Dottore Claudio Simonassi</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Pneumologia</b>
---

Scheda di Budget per A26S6801 - S.C. PNEUMOLOGIA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	218.422,15	0,00	0,00	211.872,87	-211.872,87
DIAGNOSTICI E REAGENTI	44.977,50	0,00	0,00	43.626,15	-43.626,15
DISPOSITIVI MEDICI	102.787,58	0,00	0,00	99.704,88	-99.704,88
ALTRO MATERIALE SANITARIO	18.329,59	0,00	0,00	17.780,04	-17.780,04
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	16.745,63	0,00	0,00	16.242,93	-16.242,93
<b>TOTALE</b>	<b>401.262,45</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>389.226,87</b>	<b>-389.226,87</b>

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.C. Pneumologia**  
**Direttore Dott. Claudio Simonassi**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media Villa Scassi	13,24	12,99	Mantenimento valori Anno 2016	-
Degenza Media Colletta	16,17	15,76	11	5
Indicatore C14.2: % ricoveri in Dh medico con finalità diagnostiche	98,99% (293/296)	99,47% (186/187)	<i>&lt;=18% * la quota eccedente il 18% deve trovare una adeguata motivazione nella compresenza di procedure che giustifichino il setting assistenziale: Day Hospital</i>	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	6,16% (29/471)	5,42% (18/332)	Mantenimento soglia <15,5%	-
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	10,17% (43/423)	6,34% (18/284)	<=4%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	9,72% (70/617)	9,89% (45/455)	<=4,5%	5
Nr DRG BPCO	26 casi	10 casi	Mantenimento	5
Indicatore C5.8 : % ricoveri per pazienti con insufficienza respiratoria sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva	90,72% (88/97)	96,72% (59/61)	Mantenimento >33%	5
				<b>30</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	<b>Anno 2015= 0,27</b> <b>Anno 2016 proiezione= 0,34</b>	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>10</b>
Performance/Appropriatezza	1	SDO Riabilitativa	% SDO con elementi riabilitativi / Tot SDO		Almeno il 90% delle SDO contiene elementi riabilitativi	10
	2	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	20
	3	Implementazione del percorso di individuazione precoce delle patologie infiammatorie articolari	Nr accessi presso ambulatorio artriti esordienti	229 accessi	Ulteriore incremento 10% degli accessi rispetto Anno 2016	10
	4	Prosecuzione progetto Fracture Unit - Pazienti con frattura di femore	Nr pazienti presi in carico	101 pazienti	Incremento 10% degli accessi rispetto Anno 2016	10
	5	Attivazione ambulatorio dedicato a pazienti affetti da Vasculite Sistemica e da Sclerosi Sistemica	Nr pazienti presi in carico		Almeno nr 30 pazienti presi in carico	10
	6	Utilizzo farmaci biologi biosimilari: incremento di utilizzo dei biosimilari vs brand	incremento % biosimilari vs brand		incremento 50% farmaci biosimilari vs brand rispetto al 2016 <b>Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera al 30/06/2017 ed al 31/12/2017</b>	10
	7	Elaborazione PDTA per invio fratture di femore a Osp Colletta di concerto con Ortopedia, RRF, Ass Geriatrica, Cure Intermedie e DMO	Evidenza PDTA		Entro 30/4 evidenza PDTA Da 1/5 attivazione	10



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
	8	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
						<b>90</b>
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>

**Il Direttore Sanitario**  
Dott. Paolo Cavagnaro

**Il Direttore Generale**  
Dott. Luigi Carlo Bottaro

**Il Direttore**  
**S.C. Reumatologia**  
Dottore Gerolamo Bianchi

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance / Appropriatezza	1	Evidenza di un PDTA nel campo della riabilitazione reumatologica	evidenza protocollo		dal 1/7 applicazione percorso <b>Monitoraggio SC Professioni Sanitarie</b>	20
	2	Implementazione del percorso di individuazione precoce delle patologie infiammatorie articolari	Nr accessi presso ambulatorio artriti esordienti	229 accessi	Ulteriore incremento 10% degli accessi rispetto Anno 2016	15
	3	Prosecuzione progetto Fracture Unit - Pazienti con frattura di femore	Nr pazienti presi in carico	101 pazienti	Incremento 10% degli accessi rispetto Anno 2016	20
	4	Attivazione ambulatorio dedicato a pazienti affetti da Vasculite Sistemica e da Sclerosi Sistemica	Nr pazienti presi in carico		Almeno nr 30 pazienti presi in carico	15
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
	6	Questionario sulla soddisfazione della paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	15
						95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Reumatologia</b> Dottore Gerolamo Bianchi
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> S.C. Reumatologia
---

Scheda di Budget per A26S7101 - S.C. REUMATOLOGIA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	845.471,37	0,00	0,00	820.104,48	-820.104,48
DIAGNOSTICI E REAGENTI	399,51	0,00	0,00	387,90	-387,90
DISPOSITIVI MEDICI	10.318,46	0,00	0,00	10.008,00	-10.008,00
ALTRO MATERIALE SANITARIO	1.070,19	0,00	0,00	1.037,76	-1.037,76
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	9.772,32	0,00	0,00	9.477,60	-9.477,60
<b>TOTALE</b>	<b>867.031,85</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>841.015,74</b>	<b>-841.015,74</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.C. Reumatologia (attività Riabilitativa)**  
**Direttore Dottore Gerolamo Bianchi**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media	n.v.	14,68	Mantenimento valori Anno 2016	2,5
Tasso di occupazione	n.v.	76,04*	> 95%	10
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	n.v.	11,43% (8/70)	Mantenimento soglia <15,5%	2,5
Attività ambulatoriale	Nr prestazioni Anno 2015= 29.610 Valore prestazioni Anno 2015= 576.614,39	Nr prestazioni Anno 2015= 27.909 Valore prestazioni Anno 2015= 489.018,2	Miglioramento	2,5
di cui Attività ambulatoriale (DSA)	91,72% DSA Terapeutici 8,28% DSA Diagnostici	92,54% DSA Terapeutici 7,46% DSA Diagnostici	Mantenimento attività Anno 2016	2,5
				<b>20</b>

\* con riferimento alla rilevazione della  
media posti letto dei 9 mesi

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 - AREA DIRIGENZA

### S.C. Nefrologia

Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,85 Proiez Anno 2016= 0,97	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	10
						<b>15</b>
Performance ed Appropriatazza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	20
	2	Istituzione ambulatorio integrato di Nefrologia e Diabetologia Aumento offerta ambulatoriale in particolare nella fascia pomeridiana	nr accessi ambulatorio integrato elaborazione questionario "customer satisfaction"		nr 60 accessi ambulatorio integrato percentuale di pazienti soddisfatti >80% (sulla base del punteggio assegnato ad ogni risposta del questionario)	10
	3	Implementazione attività ambulatoriale terapia dialitica endocorporea (Dialisi peritoneale)	incremento prestazioni di training in regime ambulatoriale	Nr 40 prestazioni	Almeno nr 60 prestazioni di training in regime ambulatoriale (incremento 50% rispetto ad anno 2016)	10
	4	Protocollo di razionalizzazione esami ematochimici in pazienti affetti da IRC in trattamento emodialitico cronico	risparmio sulla spesa per esami routinari del pz in emodialisi	costo annuale per pz €1.099,12	Da marzo 2017 redistribuzione esami Costo per pz Anno 2017= € 708,28	15
	5	Utilizzo farmaci biologi biosimilari: incremento di utilizzo dei biosimilari vs brand	numero piani compilati vs numero pz serviti in diretta		compilazione dei piani terapeutici riportanti farmaci biosimilari anche per quelli distribuiti in diretta	20
			incremento % numero piani per biosimilari vs brand		incremento 80% numero piani per biosimilari vs brand al 30/06/2017 ed al 31/12/2017 <b>Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera al 30/06/2017 ed al 31/12/2017</b>	
6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10	
					<b>85</b>	

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore f.f.</b> <b>S.C. Nefrologia</b> Dottore Paolo Sacco
---

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 - AREA COMPARTO**

**S.C. Nefrologia**

**Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance/Appropriatezza	1	Razionalizzazione posti letto per acuti e implementazione attività ambulatoriale terapia dialitica endocorporea (Dialisi peritoneale)	incremento prestazioni di training in regime ambulatoriale	Nr 40 prestazioni	Almeno nr 60 prestazioni di training in regime ambulatoriale (incremento 50% rispetto ad anno 2016)	20
	2	Nuova procedura gestione catetere centrale e fistole	Applicazione nuova procedura		da 1/4 applicazione procedura (in fase di pubblicazione)	25
	3	Istituzione ambulatorio integrato di Nefrologia e Diabetologia Aumento offerta ambulatoriale in particolare nella fascia pomeridiana	nr accessi ambulatorio integrato elaborazione questionario "customer satisfaction"		nr 80 accessi ambulatorio integrato percentuale di pazienti soddisfatti >80% (sulla base del punteggio assegnato ad ogni risposta del questionario)	25
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	25
						95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>  Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b>  Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore f.f.</b>  <b>S.C. Nefrologia</b>  <b>Dottore Paolo Sacco</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Nefrologia</b>
--

Scheda di Budget per A26S2902 - S.C. NEFROLOGIA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	537.320,72	0,00	0,00	521.205,72	-521.205,72
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	99,43	0,00	0,00	96,39	-96,39
DIAGNOSTICI E REAGENTI	18.252,40	0,00	0,00	17.705,45	-17.705,45
DISPOSITIVI MEDICI	1.594.522,37	0,00	0,00	1.600.621,12	-1.600.621,12
ALTRO MATERIALE SANITARIO	3.164,69	0,00	0,00	3.068,52	-3.068,52
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	27.311,99	0,00	0,00	26.493,39	-26.493,39
<b>TOTALE</b>	<b>2.180.671,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.169.190,59</b>	<b>-2.169.190,59</b>



S.C. Centro di Controllo Direzionale

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.C. Nefrologia**  
**Direttore f.f. Dottore Paolo Sacco**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media	14,87	19,40	15,00	5
Peso Medio	1,26	1,27	Mantenimento	0
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi ( <i>DRG Medici con degenza &lt;= 2 gg.</i> )	10,70% (26/243)	13,11% (24/183)	Mantenimento <=18%	5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	15,35% (35/228)	15,76% (26/165)	<=4% Obt reg	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	8,36% (26/311)	10,92% (26/238)	<=5,50% Obt reg	5
				<b>20</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,43 Proiez Anno 2016= 0,50	Miglioramento rapporto Anno 2016	5
						<b>15</b>
Performance/Appropriatezza	1	Ambulatori di prevenzione piede diabetico (Fiumara, Nervi e Colletta)	Nr pazienti valutati per anno	valutazione di oltre 800 pazienti e di oltre 160 (il 20% degli 800 previsti) valutazioni doppler	Ambulatori prevenzione piede: almeno 1100 pazienti valutati con almeno 200 valutazioni doppler	20
	2	Attivazione ambulatorio congiunto Diabeto-Nefrologico per pazienti con IRC cronica da effettuarsi presso pad 9 Scassi	Nr visite		Almeno 60 visite per il primo anno e questionario di gradimento con almeno 80% di valutazione positiva	20
	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (3 mesi)	15
	4	Prosecuzione dei contatti con San Martino Ist per collaborazione su assistenza diabetologica come da piano sottoposto nel 2016.	Attivazione piano	<i>predisposto piano collaborazione con AOU San Martino entro il 30/6 e successivo incontro tra DG AOU San Martino e DG Asl3 per formalizzazione della proposta (ottobre 2016)</i>	Entro 30/6 attivazione piano congiunto con San Martino IST	20
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
						<b>85</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie Dottore Enrico Torre</b>
---

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche  
Responsabile Dottore Enrico Torre**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Appropriatezza/Performance	1	Ambulatori di prevenzione piede diabetico (Fiumara, Nervi e Colletta)	Nr pazienti valutati per anno	valutazione di oltre 800 pazienti e di oltre 160 (il 20% degli 800 previsti) valutazioni doppler	Ambulatori prevenzione piede: almeno 1100 pazienti valutati con almeno 200 valutazioni doppler	20
	2	Attivazione ambulatorio congiunto Diabeto-Nefrologico per pazienti con IRC cronica da effettuarsi presso pad 9 Scassi	Nr visite		Almeno 60 visite per il primo anno e questionario di gradimento con almeno 80% di valutazione positiva	20
	3	Prosecuzione dei contatti con San Martino Ist per collaborazione su assistenza diabetologica come da piano sottoposto nel 2016.	Attivazione piano	<i>predisposto piano collaborazione con AOU San Martino entro il 30/6 e successivo incontro tra DG AOU San Martino e DG Asl3 per formalizzazione della proposta (ottobre 2016)</i>	Entro 30/6 attivazione piano congiunto con San Martino IST	20
	5	Questionario sulla soddisfazione del paziente ambulatoriale	Nr questionari somministrati		Almeno l'80% di questionari somministrati sul totale delle visite da aprile a dicembre Monitoraggio SS Qualità	25
	6	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
						95

<b>TOTALE SCHEMA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile</b> <b>S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche</b> <b>Dottore Enrico Torre</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche</b>
---

Scheda di Budget per A26S1901 - S.S.D. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E MALATTIE  
METABOLICHE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	672,76	0,00	0,00	656,03	-656,03
DIAGNOSTICI E REAGENTI	2.183,79	0,00	0,00	2.117,35	-2.117,35
DISPOSITIVI MEDICI	2.172,03	0,00	0,00	2.101,20	-2.101,20
ALTRO MATERIALE SANITARIO	138,19	0,00	0,00	130,56	-130,56
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	5.381,09	0,00	0,00	5.217,30	-5.217,30
<b>TOTALE</b>	<b>10.547,86</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>10.222,44</b>	<b>-10.222,44</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti Dirigenza	Punti Comparto
Efficacia	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	<b>Anno 2015</b> = 0,62 <b>Anno 2016</b> proiezione= 0,67	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5	5
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	30	
	2	Raccolta sistematica al momento della dimissione, dei dati relativi alla fragilità dei pazienti ricoverati, alla loro complessità sotto il profilo motorio e delle autonomie e all'assorbimento di risorse fisioterapiche.	Compilazione di una scheda apposita per la raccolta dati		Compilazione 100% delle schede dei pazienti dimessi		25
	3	Messa a Regime di PDTA Parkinson	Mappatura servizi 30/3 PDTA entro 31/8 N°paz seguiti		Mappatura dei servizi e degli interventi effettuati entro 30/3 Elaborazione di un Percorso ASL entro 31/8 Identificazione di una coorte di pazienti seguiti Monitoraggio esiti sui paz	15	20
	4	Percorso integrato con la S.C. Neurologia per garantire la continuità assistenziale dei pazienti dimessi	evidenza dei percorsi individuati		dal 1 Giugno 2017 applicazione del percorsi individuato	15	20
	5	SDO Riabilitativa	% SDO con elementi riabilitativi / Tot SDO		Almeno il 90% delle SDO contiene elementi riabilitativi	10	
	6	Elaborazione PDTA per invio fratture di femore a Osp Colletta di concerto con RRF, Ass Geriatrica, Cure Intermedie e DMO	Evidenza PDTA		Entro 30/4 evidenza PDTA Da 1/5 attivazione	10	

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti Dirigenza	Punti Comparto
Performance/Adeguatezza	7	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10	10
	8	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>		20
						<b>90</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>					<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>  Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b>  Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale</b> <b>Dott.ssa Marina Simonini</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale</b>
--

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti Dirigenza	Punti Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	<b>Anno 2015</b> = 0,62 <b>Anno 2016</b> proiezione= 0,67	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5	5
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Adeguatezza	1	Messa a Regime di PDTA Parkinson	Mappatura servizi 30/3 PDTA entro 31/8 N° paz seguiti		Mappatura dei servizi e degli interventi effettuati entro 30/3 Elaborazione di un Percorso ASL entro 31/8 Identificazione di una coorte di pazienti seguiti Monitoraggio esiti sui paz	25	20
	2	Percorsi integrati con la S.C. Neurologia per garantire la continuità assistenziale dei pazienti dimessi	evidenza dei percorsi individuati		dal 30 settembre 2017 applicazione dei percorsi individuati (almeno due)	25	15
	3	Utilizzo di scale di valutazione condivise sulle principali patologie trattate (spalla, ginocchio e colonna vertebrale)	Compilazione scale di valutazione		Evidenza della compilazione tramite inserimento in cartella (80% dei pazienti trattati)		20
	4	Utilizzo del protocollo prodotto nell'audit 2016 sul paziente con dolore cronico osteo-articolare	Evidenza in cartella di applicazione dello stesso (scala BPI e SF)		Incremento del turn over pazienti (monitoraggio e confronto con dato anno precedente)	20	20
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10	10
	6	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	10	10
					<b>90</b>	<b>95</b>	

**TOTALE SCHEDA DI BUDGET**

**100**

**100**

**Il Direttore Sanitario**

**Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale**

**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore**

**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale**  
**Dottorssa Marina Simonini**

**Il Coordinatore Infermieristico**  
**S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale**

Scheda di Budget per A26S5601 - S.C. RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	50.046,94	0,00	0,00	48.540,44	-48.540,44
DIAGNOSTICI E REAGENTI	780,14	0,00	0,00	755,30	-755,30
DISPOSITIVI MEDICI	28.727,07	0,00	0,00	27.862,64	-27.862,64
ALTRO MATERIALE SANITARIO	2.606,38	0,00	0,00	2.528,24	-2.528,24
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	21.613,29	0,00	0,00	20.962,37	-20.962,37
<b>TOTALE</b>	<b>103.773,82</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100.648,99</b>	<b>-100.648,99</b>

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.C.Recupero e Rieducazione Funzionale**  
**Direttore Dott.ssa Marina Simonini**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Tasso di Occupazione	93%	90,00%	Mantenimento	5
Degenza Media Reparto cod 56	D.M. di reparto = 25,58 gg; D.M per protesica elettiva=18gg; D.M. per frattura femore=28gg; D.M. ictus =0 gg; D.M.altro (neurol,mielop) =29 gg	D.M. di reparto = 27,66 gg; D.M per protesica elettiva= 19 gg; D.M. per frattura di femore = 34 gg; D.M. ictus emorragico=58 D.M. altro (neurologici, mielopatie) = 24 gg	D.M. di reparto = 25 gg; D.M per protesica elettiva=16 gg; D.M. per frattura femore=23 gg; D.M. ictus =45 gg; D.M.altro (neurol,mielop) =45 gg	20
Degenza Media Reparto cod 75	35,23	33,04	Mantenimento	5
				<b>30</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Rispetto budget assegnato per il Piano di Comunicazione 2017	Importo budget		Rispetto budget assegnato con deliberazione aziendale	10	5
	2	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
Performance	1	Corso di Comunicazione per URP e personale front office (Progetto macro URP)	Numero corsi organizzati		Entro il 31.12.2017: effettuazione di n. 1 corso ( due edizioni)	20	20
	2	Rispetto dei tempi di risposta ai reclami dell'utenza secondo il Regolamento di Pubblica Tutela (Progetto macro URP)	Tempi di risposta ai reclami		Chiusura dei procedimenti con tempi medi di risposta all'Utente inferiori a 30 giorni lavorativi. Invio con cadenza trimestrale al CCD con indicazione data di arrivo segnalazione e data di risposta	15	20
	3	Creazione sezione sito aziendale specifica riguardante i disturbi del comportamento alimentare in collaborazione con SSD Disturbi Alimentari	Attivazione sezione sito specifico Piena operatività		Entro 30/6 elaborazione sito Al 31/12 piena operatività e monitoraggio accessi da parte di URP	10	10
	4	Progetto "Miglioramento flussi Comunicazione interna in relazione ai reclami" (Progetto macro URP)	Realizzazione di un progetto finalizzato al coinvolgimento e alla condivisione interna delle criticità relative ai reclami		Entro 30.06.2017: stesura del progetto; entro 31.12.2017: avvio del progetto.	5	5
	5	Progetto "Qualità dell'informazione sul sito aziendale"	Realizzazione di un progetto volto a migliorare i contenuti informativi destinati all'utenza.		Entro 30.6.2017: stesura del progetto; entro 31.12.2017: Avvio del progetto	15	10
	6	Ideazione e realizzazione newsletter digitale	Numero newsletter realizzate		Entro il 31.12.2017: almeno due uscite	10	10
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	8	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

**Il Responsabile f.f. Ufficio Stampa e Relazioni esterne - URP**  
**Dottoressa Elisa Nerva**

Scheda di Budget per AAAGRURP - UFFICIO STAMPA E RELAZIONI ESTERNE URP al mese  
di dicembre 2017



<b>CONTI GRUPPO 120 - 125</b>	<b>Consumato a dicembre 2016</b>	<b>Consumato a dicembre 2017</b>	<b>Proiezione 2017</b>	<b>Pre-Budget anno 2017</b>	<b>Delta Proiezione / Budget</b>
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	8.612,59	0,00	0,00	8.354,00	-8.354,00
<b>TOTALE</b>	<b>8.612,59</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>8.354,00</b>	<b>-8.354,00</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Ufficio stampa e Relazioni Esterne - URP**

	<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso dirigenza</b>	<b>Peso comparto</b>
1	Verifica sul rispetto delle norme contenute nel P.T.P.C.T. 2017 - 2019 e nei Codici di Comportamento attraverso un'analisi dei reclami pervenuti dai cittadini	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 luglio 2017 organizzare almeno un incontro con il RPTCT per analizzare i reclami pervenuti, anche al fine di evidenziare quelli che 1) hanno interessato gli uffici rientranti nelle aree a rischio; 2) hanno riguardato violazioni dei Codici di Comportamento, o, più in generale, denunce di cattiva amministrazione.	10	10
2	Collaborare alla preparazione di una campagna informativa, rivolta ai cittadini ed agli utenti della Asl3, atta a favorire la diffusione e la conoscenza delle attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza svolte dall'Azienda, con particolare riferimento al P.T.P.C.T. e ai Codici.	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30 novembre 2017 ideazione, produzione grafica, stampa e pubblicazione on - line di una brochure che illustri con semplicità gli aspetti principali delle attività svolte in Azienda (copie cartacee da mettere a disposizione presso le sedi URP sul territorio; copia on line da pubblicare sul sito aziendale)		
3	Ampliamento della comunicazione istituzionale sulla L. n. 190/2012 e s.m.i. da rivolgere ai portatori d'interesse dell'Azienda ("stakeholder"), attraverso la partecipazione del RPCT al Comitato Misto Consultivo (CMC) , al quale illustrare le attività svolte e le misure di prevenzione già attuate in Asl3 e, nel contempo, favorire una fattiva partecipazione del suddetto organismo per il raggiungimento degli obiettivi di trasparenza ed integrità definiti dalla Direzione Generale e per il miglioramento dei documenti strategici.	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 30 giugno 2017, prevedere, nell'ambito delle riunioni annuali del CMC, una partecipazione del RPCT, in almeno un incontro, per divulgare la conoscenza delle norme di legge e delle misure intraprese dall'Azienda per contrastare i fenomeni corruttivi, proponendo un percorso di collaborazione comune con gli stakeholder al fine di: a) verificare la qualità e l'effettiva utilità agli utenti della sezione di "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale, b) agevolare la partecipazione dei componenti esterni del CMC alle modifiche ed agli aggiornamenti del P.T.P.C.T. 2018 - 2019 e del Codice di Comportamento interno		

**Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019**

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 SEGRETERIE DIREZIONALI

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
Performance	1	Uniformita' criteri di archiviazione (cartacea e informatica) della corrispondenza	Definizione ed implementazione del piano archiviazione e dei codici di classificazione informatica delle segreterie delle tre direzioni aziendali		Entro il 31/12/2017 archivi della corrispondenza cartacea e fascicoli dei protocolli informatici standardizzati ed uniformi	30
	2	Monitoraggio richieste di regione e comune per supporto a interrogazioni consiliari	1) costituzione di un registro analitico delle richieste pervenute con riferimenti delle fasi del processo 2) archiviazione specifica delle richieste e delle risposte a supporto delle interrogazioni		Entro il 31/12/2017 creazione di un report di sintesi delle richieste pervenute, delle risposte inviate e dei relativi tempi di evasione	25
	3	Attività di coordinamento e supporto nel favorire il corretto adempimento e il rispetto dei termini relativamente alle risposte da fornire ad utenti e cittadini a seguito di segnalazioni in collaborazione con l'urp	N. di interventi a supporto ed integrazione dell'attività dell'urp rispetto al totale delle segnalazione evase.		Almeno il 20% di interventi a supporto ed integrazione dell'attività dell'urp rispetto al totale delle segnalazione evase.	25
	4	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10
	5	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	5
	<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						<b>100</b>

<p><b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b></p>	<p><b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b></p>	<p><b>Il Direttore Amministrativo</b> <b>Avv. Luigi Bertorello</b></p>
<p>data</p>		

Scheda di Budget per AAAGSDIR - SEGRETERIE DIREZIONALI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	8.072,76	0,00	0,00	7.128,98	-7.128,98
<b>TOTALE</b>	<b>8.072,76</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7.128,98</b>	<b>-7.128,98</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - Segreterie Direzionali**

	<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso comparto</b>
1	Conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione attraverso la frequenza di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato alle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016 (ad es. sul nuovo accesso civico "FOIA")	Frequenza di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti amministrativi rientranti nelle 3 segreterie direzionali. Giorni di ritardo rispetto la data fissata per la registrazione al corso.	Entro il 15 dicembre 2017 effettuazione del corso FAD di tutti i dipendenti delle segreterie	10

**Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019**

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

### S.C. Medicina Interna 1

Direttore Dott. Gianmaria Zavarise

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Proiez Anno 2016 = 1,04	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>10</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata. Il valore sarà dato dal punteggio raggiunto sulle due sedi /2	30
	2	Ottimizzazione percorso di presa in carico pazienti da SC Medicina d'Urgenza	Evidenza percorso condiviso per patologie con SC Medicina d'urgenza		Al 30/6 percorso per la presa in carico pazienti da SC Medicina d'urgenza Dal 1/7 applicazione percorso <b>Monitoraggio SC POU</b>	10
	3	Individuazione della tipologia di pazienti oncologici per i quali si rende necessario, per motivi diagnostici/terapeutici, il ricorso al ricovero ordinario	Evidenza di un protocollo condiviso con le SSD oncologia aziendali per la gestione dei percorsi dei pazienti con il coinvolgimento delle Cure Intermedie		al 30/6 evidenza del protocollo. Al 1/7 applicazione dei percorsi	10
	4	Aumento offerta per colonscopia	Offerta prestazioni colonscopia Anno 2016 vs 2017		Da 1/4 incremento di almeno 400 colonscopie rispetto ad offerta anno 2016 ,subordinatamente alla ammissione in servizio di nr 1 gastroenterologo Monitoraggio SC Direzione POU	10
	5	Sperimentazione modelli organizzativi assistenziali: Il case management nelle SS.CC Medicina	migliorare la qualità assistenziale attraverso : introduzione del case management inserimento del briefing tra professionisti		<b>entro il 30 Aprile</b> avvio del case management <b>entro il 31 maggio</b> consolidamento dell'utilizzo del briefing come strumento di lavoro	10
	6	Percorso nei pazienti fragili eleggibili di dimissione protetta e continuità assistenziale.	segnalazione appropriata dei pazienti fragili eleggibili per la prosecuzione delle cure in setting riabilitativo e cure domiciliari con attivazione dei servizi territoriali. Entro le 24 ore successive al ricovero segnalazione all'UVO per la residenzialità e 7 giorni prima della dimissione per le cure domiciliari		riduzione dei tempi medi di degenza nel rispetto dei range definiti per pazienti con fragilità che necessitano di percorsi nella rete	10

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

**S.C. Medicina Interna 1**

**Direttore Dott. Gianmaria Zavarise**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Performance/Appropriatezza	7	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEMA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Medicina Interna 1</b> <b>Dottore Gianmaria Zavarise</b>
--

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.C. Medicina Interna 1**

**Direttore Dott. Gianmaria Zavarise**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						<b>5</b>
Performance/Adeguatezza	1	Applicazione del PDTA Scopenso Cardiaco dei pazienti degenti nelle cardiologie e nelle medicine dei due presidi (Villa Scassi, Micone)	n° dei pazienti con prima diagnosi di dimissione di Scopenso Cardiaco arruolati nel PDTA		Elaborazione progetto ad hoc entro il 30 maggio 2017. Entro il mese di luglio saranno individuati gli infermieri di continuità assistenziale affidamento dei pazienti all'infermiere di continuità assistenziale per l'organizzazione del percorso territoriale dei pz.	20
	2	Implementazione Nuovo modello organizzativo della nella Sc Medicina Interna	Utilizzo della documentazione clinica integrata – Realizzazione del briefing		Entro 30/6 Formazione Evidenza di briefing	25
	3	Dimissione Protette	Attivazione UVO: per Residenzialità entro 24 ore dall'ingresso per paz fragili Per CD 7 gg prima delle Dimissioni		Identificazione paz fragile Diminuzione gg degenza	25
	4	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	15
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
						<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> S.C. Medicina Interna 1 <b>Dottore Gianmaria Zavarise</b>
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> S.C. Medicina Interna 1
---

Scheda di Budget per A26M2603 - S.C. MEDICINA INTERNA 1 al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	250.952,59	0,00	0,00	243.416,88	-243.416,88
DIAGNOSTICI E REAGENTI	7.571,21	0,00	0,00	7.343,70	-7.343,70
DISPOSITIVI MEDICI	129.489,93	0,00	0,00	125.601,28	-125.601,28
ALTRO MATERIALE SANITARIO	18.807,40	0,00	0,00	18.242,00	-18.242,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	19.652,47	0,00	0,00	19.069,82	-19.069,82
<b>TOTALE</b>	<b>426.473,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>413.673,68</b>	<b>-413.673,68</b>

## INDICATORI DI PERFORMANCE S.C. Medicina Interna Micone

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media	12,04	11,03	10,5	5
Peso Medio	1,05	1,05	Mantenimento valori Anno 2015	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai 108 Drg LEA - Patto per la Salute Anno 2013	LEA 21,35% (155/726)	LEA 0% (nr 104 casi a rischio inappr di cui <b>0 inappropriati</b> )	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	2,58% (16/619)	2,89% (14/484)	Mantenimento soglia <15,5%	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	9,70% (62/639)	7,61% (36/473)	Mantenimento	2,5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	5,90% (40/678)	3,85% (20/519)	Mantenimento	5
Nr DRG BPCO	28 casi	17 casi	15 casi max	5
				<b>30</b>

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**Villa Scassi**  
**Dott. Gianmaria Zavarise**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media reale*	11,73	13,19	10,5	5
Peso Medio	1,07	1,10	Mantenimento valori Anno 2015	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai 108 Drg LEA - Patto per la Salute Anno 2013	LEA= 16,20% (245/1512)**	LEA 0% (nr 19 casi a rischio inappr di cui <b>0 inappropriati</b> )	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	1,55% (18/1161)	1,15% (10/868)	Mantenimento soglia <15,5%	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	17,60% (229/1301)	22,49% (215/956)	<=18%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	2,61% (37/1417)	3,98% (42/1056)	Mantenimento	5
Nr DRG BPCO	28	9 casi	15 casi max	2,5
				<b>30</b>

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

**Periodo gennaio settembre 2016**

DESCR_REP	Gg Apertura Rep Ord	N Posti Letto Ord	GG_DEG Teoriche	GG_DEG Reali
MED. INTERNA 2 PAD. 9/1	274	40	10.960	11.285
MED. INTERNA 2 9/3	274	26	7.124	7.846
<b>TOT</b>		<b>66</b>	<b>18.084</b>	<b>19.131</b>

DESCR_REP	T.O.	CASI TRANSIT	D.M.
MED. INTERNA 2 PAD. 9/1	<b>102,97</b>	739	15,27
MED. INTERNA 2 9/3	<b>110,13</b>	711	11,04
<b>TOT</b>	<b>105,79</b>	<b>1.450</b>	<b>13,19</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
<i>Efficienza</i>	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Proiez Anno 2016 = 0,90	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>10</b>
<i>Performance/Adeguatezza</i>	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata. Il valore sarà dato dal punteggio raggiunto sulle due sedi /2	30
	2	Ottimizzazione percorso di presa in carico pazienti da SC Medicina d'Urgenza	Evidenza percorso condiviso per patologie con SC Medicina d'urgenza		Al 30/6 percorso per la presa in carico pazienti da SC Medicina d'urgenza Dal 1/7 applicazione percorso Monitoraggio SC POU	15
	3	Sviluppo di un percorso integrato medico- geriatrico- ortopedico-riabilitativo aziendale	Migliorare la presa in carico del paziente dalla fase di acuzie al reinserimento a domicilio/struttura		entro il 31 Maggio 2017 elaborazione del progetto e costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare ( Medicina 2, RRF , Geriatria, Ortopedia,Professioni sanitarie) Entro il 30 /11 applicazione del percorso <b>Monitoraggio SC POU</b>	25
	4	Sperimentazione modelli organizzativi assistenziali: Il case management nelle SS.CC Medicina	migliorare la qualità assistenziale attraverso : introduzione del case management inserimento del briefing tra professionisti		<b>entro il 30 Aprile</b> avvio del case management <b>entro il 31 maggio</b> consolidamento dell'utilizzo del briefing come strumento di lavoro	10
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Medicina Interna 2</b> <b>Direttore Dott.ssa Annamaria Gatti</b>
--

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.C. Medicina Interna 2**

**Direttore Dott.ssa Annamaria Gatti**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance/Appropriatezza	1	Applicazione del PDTA Scompenso Cardiaco dei pazienti degenti nelle cardiologie e nelle medicine dei due presidi (Villa Scassi, Micone)	n° dei pazienti con prima diagnosi di dimissione di Scompenso Cardiaco arruolati nel PDTA		Elaborazione progetto ad hoc entro il 30 maggio 2017. Entro il mese di luglio saranno individuati gli infermieri di continuità assistenziale affidamento dei pazienti all'infermiere di continuità assistenziale per l'organizzazione del percorso territoriale dei pz.	20
	2	Implementazione Nuovo modello organizzativo della nella Sc Medicina Interna	Utilizzo della documentazione clinica integrata – Realizzazione del briefing		Entro 30/6 Formazione Evidenza di briefing	25
	3	Dimissione Protette	Attivazione UVO: per Residenzialità entro 24 ore dall'ingresso per paz fragili Per CD 7 gg prima delle Dimissioni		Identificazione paz fragile Diminuzione gg degenza	25
	4	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	15
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
						95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dottore Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> S.C. Medicina Interna 2 Direttore Dott.ssa Annamaria Gatti
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> S.C. Medicina Interna 2
---

Scheda di Budget per A26M2604 - S.C. MEDICINA INTERNA 2 al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	798.661,05	0,00	0,00	774.710,40	-774.710,40
DIAGNOSTICI E REAGENTI	19.949,30	0,00	0,00	19.353,00	-19.353,00
DISPOSITIVI MEDICI	140.584,14	0,00	0,00	136.364,00	-136.364,00
ALTRO MATERIALE SANITARIO	10.444,72	0,00	0,00	10.131,60	-10.131,60
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	43.807,90	0,00	0,00	42.497,40	-42.497,40
<b>TOTALE</b>	<b>1.013.447,11</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>983.056,40</b>	<b>-983.056,40</b>

## INDICATORI DI PERFORMANCE

**Gallino**

**Dott.ssa Annamaria Gatti**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media	12,30	14,87	10,5	10
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai 108 Drg LEA - Patto per la Salute Anno 2013	LEA 16,35% (122/746)	LEA 2,78% (nr 72 casi a rischio inappr di cui <b>2 inappropriati</b> )	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	2,58% (16/620)	0,27% (1/371)	Mantenimento	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	6,88% (41/596)	12,20% (46/377)	Soglia <4%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	3,91% (23/588)	4,94% (20/405)	Mantenimento soglia <4,5%	5
Nr Drg BPCO	7 casi	1 caso	Mantenimento	2,5
				<b>30</b>

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**Villa Scassi**  
**Dott.ssa Annamaria Gatti**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media reale*	11,73	13,19	10,5	5
Peso Medio	1,07	1,10	Mantenimento valori Anno 2015	5
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai 108 Drg LEA - Patto per la Salute Anno 2013	LEA= 16,20% (245/1512)**	LEA 0% (nr 19 casi a rischio inappr di cui <b>0 inappropriati</b> )	Mantenimento	5
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	1,55% (18/1161)	1,15% (10/868)	Mantenimento soglia <15,5%	2,5
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	17,60% (229/1301)	22,49% (215/956)	<=18%	5
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	2,61% (37/1417)	3,98% (42/1056)	Mantenimento	5
Nr DRG BPCO	28	9 casi	15 casi max	2,5
				<b>30</b>

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

**Periodo gennaio settembre 2016**

DESCR_REP	Gg Apertura Rep Ord	N Posti Letto Ord	GG_DEG Teoriche	GG_DEG Reali
MED. INTERNA 2 PAD. 9/1	274	40	10.960	11.285
MED. INTERNA 2 9/3	274	26	7.124	7.846
<b>TOT</b>		<b>66</b>	<b>18.084</b>	<b>19.131</b>

DESCR_REP	T.O.	CASI TRANSIT	D.M.
MED. INTERNA 2 PAD. 9/1	<b>102,97</b>	739	15,27
MED. INTERNA 2 9/3	<b>110,13</b>	711	11,04
<b>TOT</b>	<b>105,79</b>	<b>1.450</b>	<b>13,19</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,78 Proiez Anno 2016= 0,68	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	10
						<b>15</b>
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	20
	2	Gestione del paziente oncologico per il quale si rende necessario, per motivi diagnostici/terapeutici, il ricorso al ricovero ordinario (previa verifica trimestrale dell'impatto sulla Struttura)	Evidenza di un protocollo condiviso con la SC Medicina 1 per la gestione dei percorsi dei pazienti		Dal 1/7 applicazione dei percorsi	20
	3	Istituzione DMT in ordine alla gestione del paziente uro oncologico di concerto con SC Urologia	Formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo Discussione casi		Entro 30/6 formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo da luglio 2017 discussione e condivisione secondo logica DMT sul 100% dei pz pervenuti alla struttura	5
	4	Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast (per la parte di competenza) di concerto con componenti del core team del DMT: Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager	Evidenza dati per la verifica degli indicatori		Inserimento dati in rete a partire dall'anno 2017 <b>Verifica trimestrale SC Qualità</b>	5

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Performance/Appropriatezza	5	Utilizzo farmaci biologi biosimilari: incremento di utilizzo dei biosimilari vs brand	numero piani compilati vs numero pz serviti in diretta		compilazione dei piani terapeutici riportanti farmaci biosimilari anche per quelli distribuiti in diretta	15
			incremento % numero piani per biosimilari vs brand		incremento 80% numero piani per biosimilari vs brand al 30/06/2017 ed al 31/12/2017 <b>Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera al 30/06/2017 ed al 31/12/2017</b>	
	6	Progetto interdipartimentale ed interaziendale di collaborazione con Radiologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione, Pneumologia per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	10
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
						<b>85</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Responsabile</b> <b>S.S.D. Oncologia Villa Scassi</b> <b>Dottore Luciano Canobbio</b>
---

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance/Appropriatezza	1	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	30
	3	Elaborazione progetto per la valutazione della "fatigue" come effetto collaterale della chemioterapia	Evidenza scala Relazione sulle risultanze applicazione scheda		Entro 30/6 formulazione scala x la rilevazione fatigue dal 1/9 monitoraggio pazienti con utilizzo scheda Relazione sulle risultanze applicazione scheda	35
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	30
						95
						100

**TOTALE SCHEDA DI BUDGET**

**Il Direttore Sanitario  
Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale  
Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Responsabile  
S.S.D. Oncologia Micone  
Dottore Luciano Canobbio**

**Il Coordinatore Infermieristico  
S.S.D. Oncologia Micone**

Scheda di Budget per A26M6401 - S.S.D. ONCOLOGIA SESTRI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	1.292.330,62	0,00	0,00	1.253.561,64	-1.253.561,64
DIAGNOSTICI E REAGENTI	4.049,95	0,00	0,00	3.928,20	-3.928,20
DISPOSITIVI MEDICI	34.294,91	0,00	0,00	33.266,56	-33.266,56
ALTRO MATERIALE SANITARIO	276,92	0,00	0,00	268,32	-268,32
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	1.803,33	0,00	0,00	1.749,44	-1.749,44
<b>TOTALE</b>	<b>1.332.755,73</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.292.774,16</b>	<b>-1.292.774,16</b>

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.S.D. Oncologia Ospedale Micone - Sestri**  
**Dottore Luciano Canobbio**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Appropriatezza codifica DSA : Nr DSA Terapeutici/Nr DSA Totali	DSA Diagn = <b>168</b> Terap= <b>72 pari al 30% *</b>	DSA Diagn = <b>44</b> Terap= <b>12 pari al 21,43%*</b>	Almeno il 60% DSA Terapeutici	15
Indicatore C14.2: % ricoveri in Dh medico con finalità diagnostiche	3,12% (10/321)	6,45% (10/155)	Mantenimento <18%	5

**20**

*\*Attività trasferita prevalentemente in dh*

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015= 0,62 Proiez Anno 2016= 0,61	Miglioramento del rapporto Anno 2015 Report CCD	10
						<b>15</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	20
	2	Gestione del paziente oncologico per il quale si rende necessario, per motivi diagnostici/terapeutici, il ricorso al ricovero ordinario (previa verific trimestrale dell'impatto sulla Struttura)	Evidenza di un protocollo condiviso con la SC Medicina 1 per la gestione dei percorsi dei pazienti		Dal 1/7 applicazione dei percorsi	15
	3	Istituzione DMT in ordine alla gestione del paziente uro oncologico di concerto con SC Urologia	Formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo Discussione casi		Entro 30/6 formalizzazione del DMT con provvedimento deliberativo da luglio 2017 discussione e condivisione secondo logica DMT sul 100% dei pz pervenuti alla struttura	10
	4	Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast (per la parte di competenza) di concerto con componenti del core team del DMT: Chirurgia generale, Chirurgia Plastica, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager	Evidenza dati per la verifica degli indicatori		Inserimento dati in rete a partire dall'anno 2017 <b>Verifica trimestrale SC Qualità</b>	5
	5	Utilizzo farmaci biologi biosimilari: incremento di utilizzo dei biosimilari vs brand	numero piani compilati vs numero pz serviti in diretta  incremento % numero piani per biosimilari vs brand		compilazione dei piani terapeutici riportanti farmaci biosimilari anche per quelli distribuiti in diretta  incremento 80% numero piani per biosimilari vs brand al 30/06/2017 ed al 31/12/2017 <b>Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera al 30/06/2017 ed al 31/12/2017</b>	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Performance/Adeguatezza	6	Progetto interdipartimentale ed intraaziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	presentazione del progetto entro 30/6/2017		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	15
	7	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
						<b>85</b>
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>

**Il Direttore Sanitario**  
**Dott. Paolo Cavagnaro**

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Responsabile**  
**S.S.D. Oncologia Villa Scassi**  
**Dottore Manlio Mencoboni**

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance/Appropriatezza	1	Questionario sulla soddisfazione del paziente in degenza e ambulatoriale	Nr 2 rilevazioni a campione		Almeno nr due rilevazioni entro il 30/6 e entro 30/11 sulla base delle indicazioni fornite da Sett Qualità <b>Monitoraggio Settore Qualità</b>	30
	3	Elaborazione progetto per la valutazione della "fatigue" come effetto collaterale della chemioterapia	Evidenza scala Relazione sulle risultanze applicazione scheda		Entro 30/6 formulazione scala x la rilevazione fatigue dal 1/9 monitoraggio pazienti con utilizzo scheda Relazione sulle risultanze applicazione scheda	35
	4	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	30
						95
						100

**TOTALE SCHEDA DI BUDGET**

**Il Direttore Sanitario**  
Dott. Paolo Cavagnaro

**Il Direttore Generale**  
Dott. Luigi Carlo Bottaro

**Il Responsabile**  
S.S.D. Oncologia Villa Scassi  
Dottore Manlio Mencoboni

**Il Coordinatore Infermieristico**  
S.S. Oncologia Villa Scassi

Scheda di Budget per A26M6402 - S.S.D. ONCOLOGIA VILLA SCASSI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	3.735.975,61	0,00	0,00	3.623.895,44	-3.623.895,44
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICI E REAGENTI	3.860,38	0,00	0,00	3.743,80	-3.743,80
DISPOSITIVI MEDICI	49.885,83	0,00	0,00	48.390,72	-48.390,72
ALTRO MATERIALE SANITARIO	615,43	0,00	0,00	597,76	-597,76
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	3.761,10	0,00	0,00	3.646,72	-3.646,72
<b>TOTALE</b>	<b>3.794.098,35</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3.680.274,44</b>	<b>-3.680.274,44</b>

**INDICATORI DI PERFORMANCE**  
**S.S.D. Oncologia Ospedale Villa Scassi**  
**Dottore Manlio Mencoboni**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Appropriatezza codifica DSA : Nr DSA Terapeutici/Nr DSA Totali	38 Dsa terapeutici pari al 90% e 4 DSA diagnostici	DSA Diagn =1 Terap= 6 pari al 85,71%*	Mantenimento	15
Indicatore C14.2: % ricoveri in Dh medico con finalità diagnostiche	0% (0 dh diagn/592 dh)	10,24% (21/205)	Mantenimento <18%	5

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

### S.C. Anestesia e Rianimazione Dottore Mario Tavola

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance / Approprietezza	1	Progetto interdipartimentale ed intraaziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Radiologia per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari	partecipazione al progetto per gli aspetti di competenza della struttura		formazione del personale coinvolto entro il 31/12/2017 ed attivazione entro il 2018 del PDTA	20
	2	Elaborazione protocollo per la gestione del percorso del paziente critico di concerto con medicina di urgenza	evidenza protocollo		dal 1/7 applicazione percorso <b>Monitoraggio SC POU</b>	20
	3	Applicazione del PDTA sugli esami preoperatori	controlli a campione su cartelle		Verifica entro il 31 maggio e il 30 settembre effettuata da Direzione infermieristica con coordinatrici dei reparti chirurgici	5
	4	Riduzione dell'uso degli antibiotici	riduzione mediana di giornate di profilassi e terapia		Profilassi chirurgica da una mediana di 3 gg a 2 gg Terapia empirica da una mediana di 6 gg a 5 gg Terapia mirata da una mediana di 13 gg a 10 gg <b>Elaborazione semestrale a cura della Struttura</b>	20
	5	Progetto verbale sala operatoria	Sperimentazione nei blocchi operatori		Prima evidenza luglio 2017 Sperimentazione blocco operatorio di chirurgia generale e vascolare di Villa Scassi poi estesa a tutte le SS.CC. chirurgiche di Villa Scassi entro dicembre 2017 Successivamente alle altre SSS.CC. chirurgiche del P.O.U <b>Monitoraggio SC POU</b>	20
	6	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	10
						95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> S.C. Anestesia e Rianimazione Dottore Mario Tavola
--

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**  
**S.C. Anestesia e Rianimazione**  
**Dottore Mario Tavola**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						5
Performance / Appropriatazza	1	Progetto verbale sala operatoria	Sperimentazione nei blocchi operatori		Prima evidenza luglio 2017 Sperimentazione blocco operatorio di chirurgia generale e vascolare di Villa Scassi poi estesa a tutte le SS.CC. chirurgiche di Villa Scassi entro dicembre 2017 Successivamente alle altre SSS.CC. chirurgiche del P.O.U <b>Monitoraggio SC POU</b>	20
	2	Implementazione ed applicazione delle procedure aziendali di "posizionamento e gestione del CVC per ridurre le infezioni locali e sistemiche"	Evidenza rilevazioni e statistica		Registrazione 100% dei pazienti (con evidenza patologia del paziente e durata della degenza), scheda medicazione, statistica eventuali infezioni Monitoraggio CIO	25
	3	Elaborazione protocollo per la gestione del percorso del paziente critico di concerto con medicina di urgenza	evidenza protocollo		dal 1/7 applicazione percorso Monitoraggio SC POU	15
	4	Monitoraggio liste operatorie: coerenza tra lista e tempi di utilizzo della sala	Reportistica trimestrale di blocco operatorio		Elaborazione file di monitoraggio e prima rilevazione 10 aprile 2017 per 1°trimestre, 10 luglio per secondo trimestre, 10 ottobre per terzo trimestre, 10 gennaio per 4°trimestre e repilogo anno	15
	5	Gestione Audit clinico sul tema indicato da U.G.R. con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Definizione dell'argomento per lo sviluppo dell'audit clinico Evidenza implementazione attività legate all'argomento		Entro 30/3 evidenza argomento definito Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, piano di miglioramento proposto ed espressione indicatori proposti per il monitoraggio <b>Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità</b>	20
						<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Anestesia e Rianimazione</b> <b>Dottore Mario Tavola</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Anestesia e Rianimazione</b>
--

Scheda di Budget per A47E4902 - S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	443.084,00	0,00	0,00	429.792,64	-429.792,64
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	109,54	0,00	0,00	105,44	-105,44
DIAGNOSTICI E REAGENTI	3.968,26	0,00	0,00	3.851,20	-3.851,20
DISPOSITIVI MEDICI	1.054.369,28	0,00	0,00	1.022.743,04	-1.022.743,04
ALTRO MATERIALE SANITARIO	45.087,95	0,00	0,00	43.734,40	-43.734,40
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	28.009,92	0,00	0,00	27.169,12	-27.169,12
<b>TOTALE</b>	<b>1.574.628,95</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.527.395,84</b>	<b>-1.527.395,84</b>

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

### S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica

**Direttore Dottore Giuseppe Perniciaro**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
<i>Efficienza</i>	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Mantenimento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	Anno 2015 =CUst 0,97 Chirurgia Plastica 1,30 Proiez Anno 2016= Centro Ustioni = 0,68 Chir Plastica= 1,38	Mantenimento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>10</b>
<i>Performance/Appropriatezza</i>	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata	10
	2	Potenziamento dell'attività ambulatoriale	Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2016		Ulteriore incremento 10% volume delle prestazioni rispetto Anno 2016	10
	3	Tempi di attesa per prestazioni esterne	Rispetto classi priorità B e D Attesa massima per le P		Rispetto classi priorità B e D (in almeno il 95% dei casi) Attesa massima per le P (3 mesi)	15
	4	Riduzione dell'uso degli antibiotici	Abolizione antibioticoterapia empirica nel paziente ustionato, non intubato		Riduzione del 10 % rispetto ad anno 2016	15
	5	Corretta gestione innesto cutaneo e sito di prelievo Elaborazione percorso protetto sala operatoria/degenza/centro vulnologico	Applicazione scheda monitoraggio e percorso protetto al 100% pazienti		Al 30/6 elaborazione documento percorso protetto Implementazione scheda monitoraggio Al 31/10 applicazione scheda di monitoraggio e percorso al 100% pazienti	20
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Performance/Appropriatezza	7	Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast (per la parte di competenza) di concerto con componenti del core team del DMT: Chirurgia generale, Oncologia, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager	Evidenza dati per la verifica degli indicatori		Inserimento dati in rete a partire dall'anno 2017 <b>Verifica trimestrale SC Qualità</b>	10
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica</b> <b>Dottore Giuseppe Perniciaro</b>
--

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Procedura aziendale "Gestione cateteri intravascolari e prevenzione infezioni correlate"	Nr pz con CVC in sito Tassi di infezione ematica associata a CVC x 1000 gg catetere		Compliance con indicazioni appropriate al posizionamento CVC Controlli random da parte CIO <b>Monitoraggio SC Professioni Sanitarie</b>	25
	2	Potenziamento dell'attività ambulatoriale	Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2016		Incremento 10% volume delle prestazioni rispetto Anno 2016	10
	3	Corretta gestione innesto cutaneo e sito di prelievo Elaborazione percorso protetto sala operatoria/degenza/centro vulnologico	Applicazione scheda monitoraggio e percorso protetto al 100% pazienti		Al 30/6 elaborazione documento percorso protetto Implementazione scheda monitoraggio Al 31/10 applicazione scheda di monitoraggio e percorso al 100% pazienti	25
	4	Applicazione protocollo terapia antalgica per realizzare un'assistenza senza dolore nei diversi aspetti collegati alla mobilizzazione, medicazione e balneazione del paziente	Applicazione scala dolore pre e post balneazione		Applicazione scheda valutazione al 100% dei pazienti <b>Monitoraggio SC POU</b>	25
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
						<b>95</b>

<b>100</b>
------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica</b> <b>Dottore Giuseppe Perniciaro</b>
--

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica</b>
---

Scheda di Budget per A47E4701 - S.C. GRANDI USTIONATI E CHIRURGIA PLASTICA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	156.062,97	0,00	0,00	151.387,38	-151.387,38
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	48,48	0,00	0,00	47,43	-47,43
DIAGNOSTICI E REAGENTI	3.058,13	0,00	0,00	2.964,15	-2.964,15
DISPOSITIVI MEDICI	392.829,85	0,00	0,00	381.047,76	-381.047,76
ALTRO MATERIALE SANITARIO	7.309,64	0,00	0,00	7.092,00	-7.092,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	13.723,23	0,00	0,00	13.314,51	-13.314,51
<b>TOTALE</b>	<b>573.032,30</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>555.853,23</b>	<b>-555.853,23</b>

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

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Degenza Media	8,64	9,25	8	5
Peso Medio	1,35	1,35	Mantenimento	0
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai nuovi LEA - DPCM firmato in data 22/12/2016	LEA 29%(57/191)	LEA 60% (nr 50 casi a rischio inappr di cui 30 inappropriati)*		5
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,26	1,07	Mantenimento	0
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	1,01% (2/198) ord/ods 9,06% (29/320) dh/ds	3,23% (5/155) ord 9,26% (10/108) dh/ds	Mantenimento	0
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	4,17% (2/48)	<b>N.V.</b> (5 ricoveri ord medici di cui 2 con degenza <=2)	Mantenimento	0



S.C. Centro di Controllo Direzionale

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

**Grandi Ustionati**

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016
Tasso di occupazione posti letto	63,15 intensiva 80 subintensiva	65,88 intensiva 59,58 subintensiva
Peso medio	3,92 intensiva 3,64 subintensiva	5,61 intensiva 2,60 subintensiva
Degenza media	20,74 intensiva 19,94 subintensiva	16,41 intensiva 12,56 subintensiva

\*indicatori calcolati sulle gg di  
degenza effettive fornite da Uff  
Flussi

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA DIRIGENZA

S.C. Medicina d'Urgenza

Direttore Dottore Luca Beringheli

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
	2	Miglioramento dell'andamento gestionale	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	<b>Reparto Degenza Breve</b> Anno 2015 = 0,70 Proiez Anno 2016= 0,61	Miglioramento del rapporto Anno 2016 Report CCD	5
						<b>10</b>
Performance/Adeguatezza	1	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2016	Indicatori monitorati di cui alle tabelle allegate		Raggiungimento Valori attesi di cui alle tabelle allegate	20
	2	*Riduzione della degenza media nella SS.Degenza Breve previa verifica delle criticità	Evidenza di protocolli di gestione del paziente secondo i criteri della degenza breve, attraverso l'analisi di un campione rappresentativo del 2016		a far data dal 1/7 applicazione protocolli al fine di mantenere la DM non oltre le 48-72 ore, fino ad un massimo improcrastinabile di 96 ore.	30
	3	Ottimizzazione percorso di presa in carico pazienti da SS.CC. Medicina 1 Medicina 2	Evidenza percorso condiviso per patologie con Medicina 1 Medicina 2		Al 30/6 percorso per la presa in carico pazienti da parte di SC Medicina 1 Medicina 2 Dal 1/7 applicazione percorso <b>Monitoraggio SC POU</b>	15
	4	Elaborazione protocollo per la gestione del percorso del paziente critico di concerto con medicina di urgenza	evidenza protocollo		dal 1/7 applicazione percorso <b>Monitoraggio SC POU</b>	15
	5	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
						<b>90</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b>	<b>Il Direttore Generale</b>
Dott. Paolo Cavagnaro	Dott. Luigi Carlo Bottaro

<b>Il Direttore</b>
S.C. Medicina d'urgenza
Dottore Luca Beringheli

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.C. Medicina d'Urgenza**

**Direttore Dottore Luca Beringheli**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 30 settembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5
						<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Miglioramento appropriatezza nell'assegnazione codici triage relativamente ai codici rossi	Riduzione % codici rossi secondo le indicazioni PNE		Riduzione % codici rossi secondo le indicazioni PNE Entro 30/6 corso FAD Entro 31/12 formulazione linee guida Monitoraggio SC POU	25
	2	Implementazione ed applicazione delle procedure aziendali di "posizionamento e gestione del CVC per ridurre le infezioni locali e sistemiche"	Evidenza rilevazioni e statistica		Registrazione 100% dei pazienti, scheda medicazione, statistica eventuali infezioni Monitoraggio CIO	20
	3	Elaborazione protocollo per la gestione del percorso del paziente critico di concerto con medicina di urgenza	evidenza protocollo		dal 1/7 applicazione percorso <b>Monitoraggio SC POU</b>	10
	4	Somministrazione vaccini antitetanici	Elaborazione protocollo per somministrazione vaccino/immunoglobuline		Entro 30/6 creazione protocollo per somministrazione vaccino/immunoglobuline , in collaborazione con il medico, registrando tutti i vaccini somministrati e dandone comunicazione ai distretti	15

**SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017 AREA COMPARTO**

**S.C. Medicina d'Urgenza**

**Direttore Dottore Luca Beringheli**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 30 settembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti
Performance/Appropriatezza	5	Applicazione in pronto soccorso del percorso relativo alla trombolisi	valutazione dei tempi di intervento dall'arrivo in triage		Entro 30/6 applicazione PDTA	15
	6	Gestione dell'Audit Clinico sul tema proposto e concordato con UGR	Identificazione delle azioni di miglioramento individuate Espressione degli indicatori per il futuro monitoraggio		Entro il 30/03/2017 comunicazione formale del tema prescelto Entro il 31/12/2017 evidenza dello sviluppo del percorso audit <b>Monitoraggio UGR</b>	10
						95

<b>TOTALE SCHEMA DI BUDGET</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Medicina d'urgenza</b> <b>Dottore Luca Beringheli</b>
---

<b>Il Coordinatore Infermieristico</b> <b>S.C. Medicina d'urgenza</b>
--

CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	363.041,94	0,00	0,00	352.150,92	-352.150,92
MATERIALE PER LA PROFILASSI (VACCINI)	453,85	0,00	0,00	440,46	-440,46
DIAGNOSTICI E REAGENTI	41.508,67	0,00	0,00	40.264,50	-40.264,50
DISPOSITIVI MEDICI	317.260,89	0,00	0,00	307.740,48	-307.740,48
ALTRO MATERIALE SANITARIO	8.869,80	0,00	0,00	8.602,80	-8.602,80
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	56.986,45	0,00	0,00	55.274,34	-55.274,34
<b>TOTALE</b>	<b>788.121,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>764.473,50</b>	<b>-764.473,50</b>

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

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

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

**Gennaio settembre 2016**

DESCRIZIONE REPARTO	GIORNATE DEGENZA EFFETTIVE	CASI	GG. DEG TEORICHE	TASSO UTILIZZO	DEGENZA MEDIA
DEGENZA BREVE	<b>7021</b>	<b>825</b>	<b>7124</b>	<b>98,55%</b>	<b>8,51</b>

**Anno 2015**

DESCRIZIONE REPARTO	GIORNATE DEGENZA EFFETTIVE	CASI	GG. DEG TEORICHE	TASSO UTILIZZO	DEGENZA MEDIA
DEGENZA BREVE	<b>9141</b>	<b>914</b>	<b>9490</b>	<b>96,32%</b>	<b>10,00</b>

**PUNTO DI PRIMO INTERVENTO H. GALLINO**

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



S.C. Centro di Controllo Direzionale

## INDICATORI DI PERFORMANCE

### Pronto Soccorso Villa Scassi/Sestri e Osservazione Breve Intensiva

Dottore Luca Beringheli

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2015	Monitoraggio al 30/09/2016	Obiettivo Atteso Anno 2017	Punti
Riduzione ricoveri a rischio inappropriata in pazienti accettati da PS	Sestri LEA 17,37% Villa Scassi LEA 12,68%	Sestri LEA 16,56% Villa Scassi LEA 12,92%	Sestri LEA14% Villa Scassi LEA 12%	5
Nr ricoveri su nr accessi PS	5,73% Sestri 12,19% Villa Scassi	4,33% Sestri 15,10% Villa Scassi	Mantenimento	0
Indicatore C16.1: % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	97,48% Sestri 47,06% Villa Scassi	97,27% Sestri 42,19% Villa Scassi	mantenimento Sestri > 65% Villa Scassi	5
Indicatore C16.2: % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	97,54% Sestri 74,32% Villa Scassi	97,59% Sestri 48,99% Villa Scassi	mantenimento Sestri > 74% Villa Scassi	
Indicatore C16.3: % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	98,05% Sestri 75,99% Villa Scassi	96,63% Sestri 59,16% Villa Scassi	mantenimento Sestri > 82 % Villa Scassi	
Indicatore C16.4: % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	98,40% Sestri 95,43% Villa Scassi	97,44% Sestri 91,37% Villa Scassi	mantenimento Sestri >95% Villa Scassi	
Indicatore D9 Abbandoni da Pronto Soccorso	0,79% Sestri 5,51% Villa Scassi	2,08% Sestri 7,88% Villa Scassi	standard <3% mantenimento Sestri <5% Villa Scassi	5
Miglioramento appropriatezza nell'assegnazione codici triage in confronto con dati SIMEU relativamente ai codici gialli	Sestri = 73% Villa Scassi= 86%	Sestri = 75% Villa Scassi=77%	90%	5
				<b>20</b>

## SCHEMA DI BUDGET ANNO 2017

### S.C. Bilancio e Contabilità Direttore dott. Stefano GREGO

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	2	Riorganizzazione spazi e attività della S.C. Bilancio e Contabilità allo scopo di ottimizzare il lavoro degli uffici riallocando in due fasi successive le funzioni nelle due sedi di via Bertani e Villa Scassi	Liberazione spazi in uso presso la sede di Quarto		Entro 60 giorni dalla liberazione degli spazi di via Bertani utilizzo delle sole due sedi Bertani e Villa Scassi Relazione del Direttore della S.C. Bilancio e Contabilità	30	25
Performance	1	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito crediti, rimanenze, immobilizzazioni e patrimonio netto con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 30/06/2017 presentazione progetto	10	10
			evidenza istruzioni operative		Entro 31/10/2017 istruzioni operative area crediti	10	10
			evidenza delibera di aggiornamento del regolamento di contabilità sugli aspetti trattati		Entro 31/12/2017 adozione delibera	10	10
	2	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				20	20
	3	Adozione Regolamento sugli Agenti Contabili	Evidenza proposta di bozza di regolamento Evidenza proposta di aggiornamento degli Agenti Contabili per l'anno 2017		Entro il 31/05/2017 proposta bozza di regolamento Entro il 31/12/2017 Proposta di aggiornamento degli Agenti Contabili per l'anno 2017	15	15
	4	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	5	
<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione			Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup	Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>			
						<b>100</b>	<b>100</b>

Il Direttore Generale  
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo  
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore S.C. Bilancio e Contabilità  
Dottore dott. Stefano Grego

Scheda di Budget per A8EGBICO - S.C. BILANCIO E CONTABILITA' al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	5.468,74	0,00	0,00	5.303,76	-5.303,76
<b>TOTALE</b>	<b>5.468,74</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>5.303,76</b>	<b>-5.303,76</b>

<b>Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Bilancio e Contabilità</b>					
	<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso dirigenza</b>	<b>Peso comparto</b>
1	Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato alle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016 (ad es. su accesso civico "FOIA")	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti amministrativi e tecnici rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per la registrazione al corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso accedendo al portale "moodle"		
2	Completo aggiornamento della gestione del rischio migliorando l'autoanalisi organizzativa attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare, mediante la condivisione delle esperienze e delle proposte che emergeranno dagli incontri dei gruppi di lavoro, individuazione di nuovi processi a rischio, di misure di prevenzione in modo che risultino non astratte e ripetitive ma concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Adattare alla propria realtà gli indirizzi presenti nel P.T.P.C.T. aziendale, nell'aggiornamento del PNA 2015, nel corso FAD specificatamente realizzato per l'area tecnica.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 15 ottobre trasmissione al RPCT 1) della tabella complessiva di aggiornamento del rischio e del monitoraggio sul trattamento del rischio; 2) della relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, mediante la redazione della relazioni/questionari, dando conto degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio e dei nominativi dei coordinatori e dei partecipanti agli incontri dei gruppi di lavoro.	10	10
3	Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 31 marzo invio al RPCT: 1) dell'elenco degli obblighi di pubblicazione inviato come all.to n.2 della nota prot. n. 13130 del 27/01/2017); Entro il 1 giugno trasmissione a redazione sito delle tabelle (d'ufficio e di parte) relative all'aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza		
4	Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT		
5	Verifica dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013 della sotto - sezione di II livello "bilanci", "pagamenti dell'amministrazione", "controlli e rilievi dell'amministrazione, appurando che i dati richiesti siano effettivamente presenti, completi, aggiornati; 2) predisposizione dei bilanci anche in forma sintetica, aggregata e semplificata anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche; 3) verifica che i dati di cui ai punti 1) e 2) siano anche aperti ed elaborabili (ad es. pubblicazione in formato aperto dei bilanci); 4) Raccolta e trasmissione dei Rilievi organi di controllo e revisione (Relazione degli organi di revisione, Rilievi Corte dei Conti ancorché non recepiti)	1) Rispetto tempistica - trasmissione;	Entro il 15 aprile 2017: 1) trasmettere a redazione sito la documentazione mancante, in formato aperto, ai fini dell'attestazione NdV dei dati a pubblicità obbligatoria (Del. ANAC n. 236/2017); 2) comunicazione al RPCT su eventuali criticità e problematiche riscontrate nella pubblicazione corretta dei dati di cui all'obiettivo	10	10
<b><u>X TUTTE LE SS.CC.:</u></b>					
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>					

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costo diretti gestiti dalla Struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
Performance	1	Aggiudicazione gara relativa all'acquisizione del servizio di gestione di attività riabilitative per pazienti ospiti in comunità alloggio ad utenza psichiatrica	Aggiudicazione della gara		1) Indizione gara entro il 31/05/2017. 2) Inizio lavori commissione tecnica entro il 31/07/2017 3) aggiudicazione entro 31/10/2017	10	10
	2	Procedura aziendale relativa alla nomina ed all'attribuzione delle funzioni del R.U.P. per l'acquisto di beni e servizi, nonché del Comitato di supporto, in ottemperanza all'art. 31 del D. Lgs. 50/2016 e alla Linea Guida Anac n. 3)	Stesura della procedura ed applicazione della stessa		1) Stesura procedura entro il 30/06/2017 2) presentazione provvedimento di istituzione e nomina Comitato di supporto al R.U.P. entro il 31/07/2017 di concerto con la Direzione Strategica	10	10
	3	Applicazione combinato disposto di cui agli artt. 31 e 101 del D. Lgs. in materia di esecuzione dei contratti di fornitura beni e servizi.	Stesura regolamento aziendale per individuazione e nomina del D.E.C.		1) Entro 2 mesi dall'uscita del DPCM. 2) presentazione provvedimento di approvazione regolamento entro i 2 mesi successivi	10	10
	4	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito rimanenze con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 30/06/2017 presentazione progetto	10	5
			evidenza istruzioni operative		Entro 31/10/2017 istruzioni operative area rimanenze	10	15
	5	Piano degli acquisti: controllo sulla spesa autorizzata per ciascun conto di bilancio	Riepilogo situazione ordini e liquidazioni con riferimento alle spese autorizzate dal piano degli acquisti		Monitoraggio al 30/06/2017, al 30/09/2017 e al 30/11/2017	10	10
6	Adempimenti trasparenza ed anticorruzione D.Lgs. 50/2016	Gestione e calendarizzazione degli adempimenti in materia di trasparenza e anticorruzione		1) Pubblicazione determinazioni a contrarre (art. 32 D.Lgs. 50/2016 e Linea guida ANAC n. 4/2016) almeno 15 gg. prima dell'avvio delle procedure concorsuali. 2) Pubblicazione della programmazione biennale relativa all'acquisto di beni e servizi (art. 21 del D. Lgs. 50/2016) entro il 31/10/2017	15	10	

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	7	Recepimento esiti gare Centrale Regionale Acquisti e Stazione Unica Appaltante	Trasmissione comunicazione di stipula Predisposizione provvedimento		Entro 7 giorni dal ricevimento, da parte della CRA o della SUAR, di comunicazione di stipula delle convenzioni relative alla aggiudicazione di una gara, trasmissione ai Centri di Responsabilità utilizzatori (DMO/ Economato/Farmacia) della documentazione di gara per conferma fabbisogni, codifica prodotti ed identificazione DEC. Entro 20 gg. dalla data di ricevimento conferma dei fabbisogni, codifica ed identificazione DEC, predisposizione provvedimento di recepimento e adesione	10	10
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	9	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5
						<b>100</b>	<b>100</b>

Il Direttore Generale  
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo  
Avv. Luigi Bertorello

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

Scheda di Budget per A8EGSCPV - S.C. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE  
FORNITURE al mese di dicembre 2017



<b>CONTI GRUPPO 120 - 125</b>	<b>Consumato a dicembre 2016</b>	<b>Consumato a dicembre 2017</b>	<b>Proiezione 2017</b>	<b>Pre-Budget anno 2017</b>	<b>Delta Proiezione / Budget</b>
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	3.418,49	0,00	0,00	3.315,84	-3.315,84
<b>TOTALE</b>	<b>3.418,49</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3.315,84</b>	<b>-3.315,84</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Programmazione e gestione delle forniture**

	<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso dirigenza</b>	<b>Peso comparto</b>
1	Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato alle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016 (ad es. su accesso civico "FOIA")	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti amministrativi e tecnici rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto la data fissata per la registrazione al corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso accedendo al portale "moodle"		
2	Completo aggiornamento della gestione del rischio migliorando l'autoanalisi organizzativa attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare, mediante la condivisione delle esperienze e delle proposte che emergeranno dagli incontri dei gruppi di lavoro, individuazione di nuovi processi a rischio, di misure di prevenzione in modo che risultino non astratte e ripetitive ma concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Adattare alla propria realtà gli indirizzi presenti nel P.T.P.C.T. aziendale, nell'aggiornamento del PNA 2015, nel corso FAD specificatamente realizzato per l'area tecnica.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 15 ottobre trasmissione al RPCT 1) della tabella complessiva di aggiornamento del rischio e del monitoraggio sul trattamento del rischio; 2) della relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, mediante la redazione della relazioni/questionari, dando conto degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio e dei nominativi dei coordinatori e dei partecipanti agli incontri dei gruppi di lavoro.		
3	Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 aprile invio al RPCT: 1) dell'elenco degli obblighi di pubblicazione inviato come all.to n.2 della nota prot. n. 13130 del 27/01/2017); Entro il 1 giugno trasmissione a redazione.sito delle tabelle (d'ufficio e di parte) relative all'aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza	10	10
4	Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT		
5	Fornire un contributo alla realizzazione della Giornata della Trasparenza 2017, esponendo le criticità riscontrate nella realizzazione della gestione del rischio	1) Rispetto tempistica - trasmissione;	Entro il 30/09 predisposizione di una relazione o slide, da presentare durante la Giornata della Trasparenza, sulle attività svolte nell'individuazione dei processi a rischio e delle misure di prevenzione all'interno della propria struttura		
<b><u>X TUTTE LE SS.CC.:</u></b>					
<b>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T.</b>					
<b><u>2017 - 2019</u></b>					

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costo diretti gestiti dalla Struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
Performance	1	Aggiudicazione gara relativa all'acquisizione del servizio di gestione di attività riabilitative per pazienti ospiti in comunità alloggio ad utenza psichiatrica	Aggiudicazione della gara		1) Indizione gara entro il 31/05/2017. 2) Inizio lavori commissione tecnica entro il 31/07/2017 3) aggiudicazione entro 31/10/2017	10	10
	2	Procedura aziendale relativa alla nomina ed all'attribuzione delle funzioni del R.U.P. per l'acquisto di beni e servizi, nonché del Comitato di supporto, in ottemperanza all'art. 31 del D. Lgs. 50/2016 e alla Linea Guida Anac n. 3)	Stesura della procedura ed applicazione della stessa		1) Stesura procedura entro il 30/06/2017 2) presentazione provvedimento di istituzione e nomina Comitato di supporto al R.U.P. entro il 31/07/2017 di concerto con la Direzione Strategica	10	10
	3	Applicazione combinato disposto di cui agli artt. 31 e 101 del D. Lgs. in materia di esecuzione dei contratti di fornitura beni e servizi.	Stesura regolamento aziendale per individuazione e nomina del D.E.C.		1) Entro 2 mesi dall'uscita del DPCM. 2) presentazione provvedimento di approvazione regolamento entro i 2 mesi successivi	10	10
	4	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito rimanenze con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 30/06/2017 presentazione progetto	10	5
			evidenza istruzioni operative		Entro 31/10/2017 istruzioni operative area rimanenze	10	15
	5	Piano degli acquisti: controllo sulla spesa autorizzata per ciascun conto di bilancio	Riepilogo situazione ordini e liquidazioni con riferimento alle spese autorizzate dal piano degli acquisti		Monitoraggio al 30/06/2017, al 30/09/2017 e al 30/11/2017	10	10
6	Adempimenti trasparenza ed anticorruzione D.Lgs. 50/2016	Gestione e calendarizzazione degli adempimenti in materia di trasparenza e anticorruzione		1) Pubblicazione determinazioni a contrarre (art. 32 D.Lgs. 50/2016 e Linea guida ANAC n. 4/2016) almeno 15 gg. prima dell'avvio delle procedure concorsuali. 2) Pubblicazione della programmazione biennale relativa all'acquisto di beni e servizi (art. 21 del D. Lgs. 50/2016) entro il 31/10/2017	15	10	

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	7	Recepimento esiti gare Centrale Regionale Acquisti e Stazione Unica Appaltante	Trasmissione comunicazione di stipula Predisposizione provvedimento		Entro 7 giorni dal ricevimento, da parte della CRA o della SUAR, di comunicazione di stipula delle convenzioni relative alla aggiudicazione di una gara, trasmissione ai Centri di Responsabilità utilizzatori (DMO/ Economato/Farmacia) della documentazione di gara per conferma fabbisogni, codifica prodotti ed identificazione DEC. Entro 20 gg. dalla data di ricevimento conferma dei fabbisogni, codifica ed identificazione DEC, predisposizione provvedimento di recepimento e adesione	10	10
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	9	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
	<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>			
						<b>100</b>	<b>100</b>

Il Direttore Generale  
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo  
Avv. Luigi Bertorello

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

Scheda di Budget per A8EGSCPV - S.C. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLE  
FORNITURE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	3.418,49	0,00	0,00	3.315,84	-3.315,84
<b>TOTALE</b>	<b>3.418,49</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>3.315,84</b>	<b>-3.315,84</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Programmazione e gestione delle forniture**

	<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso dirigenza</b>	<b>Peso comparto</b>
1	Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato alle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016 (ad es. su accesso civico "FOIA")	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti amministrativi e tecnici rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto la data fissata per la registrazione al corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso accedendo al portale "moodle"		
2	Completo aggiornamento della gestione del rischio migliorando l'autoanalisi organizzativa attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare, mediante la condivisione delle esperienze e delle proposte che emergeranno dagli incontri dei gruppi di lavoro, individuazione di nuovi processi a rischio, di misure di prevenzione in modo che risultino non astratte e ripetitive ma concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Adattare alla propria realtà gli indirizzi presenti nel P.T.P.C.T. aziendale, nell'aggiornamento del PNA 2015, nel corso FAD specificatamente realizzato per l'area tecnica.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 15 ottobre trasmissione al RPCT 1) della tabella complessiva di aggiornamento del rischio e del monitoraggio sul trattamento del rischio; 2) della relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, mediante la redazione della relazioni/questionari, dando conto degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio e dei nominativi dei coordinatori e dei partecipanti agli incontri dei gruppi di lavoro.		
3	Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 aprile invio al RPCT: 1) dell'elenco degli obblighi di pubblicazione inviato come all.to n.2 della nota prot. n. 13130 del 27/01/2017); Entro il 1 giugno trasmissione a redazione.sito delle tabelle (d'ufficio e di parte) relative all'aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza	10	10
4	Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT		
5	Fornire un contributo alla realizzazione della Giornata della Trasparenza 2017, esponendo le criticità riscontrate nella realizzazione della gestione del rischio	1) Rispetto tempistica - trasmissione;	Entro il 30/09 predisposizione di una relazione o slide, da presentare durante la Giornata della Trasparenza, sulle attività svolte nell'individuazione dei processi a rischio e delle misure di prevenzione all'interno della propria struttura		
<b><u>X TUTTE LE SS.CC.:</u></b>					
<b>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T.</b>					
<b><u>2017 - 2019</u></b>					

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**

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

**Direttore Dottore Stefano Pesce**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	1	Aggiornamento inventario cespiti sulla procedura OLIAMM con riferimento alla classe merceologica "K"/conto 010.020.005 "Attrezzature specifico-sanitarie" in collaborazione con la SSD Ingegneria Clinica	Aggiornamento procedure organizzative Aggiornamento Inventario: provvedimento dismissione di massa delle apparecchiature non più in uso; Riepilogo dei cespiti oggetto di trasferimento logistico da centro a centro		Aggiornamento delle <b>procedure</b> entro il 31/05/2017 <b>Piano di azione</b> per l'aggiornamento dell'inventario cespiti entro 30 giorni dall'affidamento della gestione delle manutenzioni in Global Service	25	25
	2	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito immobilizzazioni con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 30/06/2017 presentazione progetto	10	5
			evidenza istruzioni operative		Entro 31/10/2017 istruzioni operative area immobilizzazioni	10	20
	3	Sicurezza aree verdi	Almeno due relazioni sulla stabilità delle alberature		Definizione e realizzazione programma di abbattimento alberature a rischio schianto presenti sul territorio aziendale	25	20
4	Verifiche servizio externalizzato ristorazione	Redazione check list		Verificare (con sopralluogo e specifica check list) 2 volte all'anno tutte le strutture con servizio di ristorazione	15	10	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**

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

**Direttore Dottore Stefano Pesce**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	6	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale  
Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo  
Avv. Luigi Bertorello**

**Il Direttore S.S.D. Economato e Logistica  
Dottore Stefano Pesce**

<b>CONTI GRUPPO 120 - 125</b>	<b>Consumato a dicembre 2016</b>	<b>Consumato a dicembre 2017</b>	<b>Proiezione 2017</b>	<b>Pre-Budget anno 2017</b>	<b>Delta Proiezione / Budget</b>
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICI E REAGENTI	44,47	0,00	0,00	0,00	0,00
DISPOSITIVI MEDICI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ALTRO MATERIALE SANITARIO	44,92	0,00	0,00	0,00	0,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	13.170,29	0,00	0,00	12.765,72	-12.765,72
<b>TOTALE</b>	<b>13.259,68</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>12.765,72</b>	<b>-12.765,72</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.S.D. Economato e Logistica**

	<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso dirigenza</b>	<b>Peso comparto</b>
1	Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato alle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016 (ad es. su accesso civico "FOIA")	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti amministrativi e tecnici rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto la data fissata per la registrazione al corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso accedendo al portale "moodle"	10	10
2	Completo aggiornamento della gestione del rischio migliorando l'autoanalisi organizzativa attraverso l'utilizzo di appositi gruppi di lavoro. In particolare, mediante la condivisione delle esperienze e delle proposte che emergeranno dagli incontri dei gruppi di lavoro, individuazione di nuovi processi a rischio, di misure di prevenzione in modo che risultino non astratte e ripetitive ma concrete, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Adattare alla propria realtà gli indirizzi presenti nel P.T.P.C.T. aziendale, nell'aggiornamento del PNA 2015, nel corso FAD specificatamente realizzato per l'area tecnica.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Entro il 15 ottobre trasmissione al RPCT 1) della tabella complessiva di aggiornamento del rischio e del monitoraggio sul trattamento del rischio; 2) della relazione sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, mediante la redazione della relazioni/questionari, dando conto degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio e dei nominativi dei coordinatori e dei partecipanti agli incontri dei gruppi di lavoro.		
3	Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 aprile invio al RPCT: 1) dell'elenco degli obblighi di pubblicazione inviato come all.to n.2 della nota prot. n. 13130 del 27/01/2017); Entro il 1 giugno trasmissione a redazione sito delle tabelle (d'ufficio e di parte) relative all'aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza		
4	Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT		

**X TUTTE LE SS.CC.:**

**Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T.**

**2017 - 2019**

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	1	Aggiornamento Piano Performance 2017-2019	Rispetto tempistica aggiornamento documento		Entro 30/6 adozione delibera di aggiornamento	20	20
Performance	2	Elaborazione nuovo sistema di reporting che gradualmente andrà a sostituire quello esistente	Creazione report di concerto con la Direzione Strategica Definizione tempistica invio dati		Definizione report entro mese di giugno Piano della comunicazione reporting entro il 31/07/2017	25	20
	3	Creazione di una check list per il monitoraggio della spesa e dell'attività richiamate nel sistema di reporting	Check list		Entro 30/09	20	20
	4	Monitoraggio spesa accreditati ospedalieri	Report mensile		Report mensile sullo stato delle liquidazioni e dei pagamenti relativi agli accreditati Ospedalieri	20	20
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	6	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	5	
<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione		Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>			
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

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

Scheda di Budget per A8EGSCCD - S.C. CENTRO DI CONTROLLO DIREZIONALE al mese di dicembre 2017



<b>CONTI GRUPPO 120 - 125</b>	<b>Consumato a dicembre 2016</b>	<b>Consumato a dicembre 2017</b>	<b>Proiezione 2017</b>	<b>Pre-Budget anno 2017</b>	<b>Delta Proiezione / Budget</b>
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	840,68	0,00	0,00	815,43	-815,43
<b>TOTALE</b>	<b>840,68</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>815,43</b>	<b>-815,43</b>

<b>Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Centro di Controllo Direzionale</b>					
	<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso dirigenza</b>	<b>Peso comparto</b>
1	Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato alle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016 (ad es. su accesso civico "FOIA")	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti amministrativi e tecnici rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto la data fissata per la registrazione al corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso accedendo al portale "moodle"	10	10
2	Sottoporre le attività dell'ufficio (procedimento/processi) alla gestione del rischio: a) mappatura processi/procedimenti; b) descrizione e valutazione dei rischi; c) individuazione di misure concrete e programmate idonee a neutralizzare il livello di rischio di corruzione connesso ai processi/procedimenti.	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 ottobre 2017 inviare al RPCT: 1) tabella sulla gestione del rischio; 2) tabella sul monitoraggio del trattamento del rischio		
3	Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 aprile invio al RPCT: 1) dell'elenco degli obblighi di pubblicazione inviato come all.to n.2 della nota prot. n. 13130 del 27/01/2017); Entro il 1 giugno trasmissione a redazione sito delle tabelle (d'ufficio e di parte) relative all'aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza		
4	Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al RPCT		
5	Verifica dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013 della sotto - sezione di II livello "performance" di propria competenza appurando che i dati richiesti siano effettivamente presenti, completi, aggiornati; 2) verifica che tali dati siano anche aperti ed elaborabili (ad es. pubblicazione in formato aperto del Piano e della Relazione sulla Performance)	1) Rispetto tempistica trasmissione	Entro il 31/03: 1) trasmettere a redazione sito per la pubblicazione il Piano della Performance 2016 (in formato aperto); 2) verificare che i documenti presenti siano tutti in formato aperto		
<b><u>X TUTTE LE SS.CC.:</u></b>					
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>					

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi	Rispetto budget assegnato relativo all'acquisto di beni e servizi		Vedi scheda allegata denominata Budget 2017	10	5
	2		Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017 Report CCD	5	5
Performance	1	Servizio Server Fax	Riduzione apparati fax nelle strutture		Al 31/12/2017 monitoraggio riepilogativo dei server fax installati e evidenza riduzione apparati fax	35	35
	2	Realizzazione rete wireless in almeno altri 5 reparti Villa Scassi, di concerto con SIA e POU.	Rispetto tempistica		Entro 31/12 attivazione rete wireless nei 5 reparti individuati	40	40
	3	Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA: Sviluppo di un documento di monitoraggio delle non conformità relative alla manutenzione ordinaria/straordinaria delle apparecchiature, degli impianti, delle strutture	Evidenza di piano annuale con produzione del documento analitico delle non conformità		Entro il 31/12/2017 presentazione del Documento alla Direzione Aziendale con produzione di report di sintesi delle non conformità rilevate. Sviluppo di un documento di programmazione con proposte di priorità di intervento per la risoluzione delle criticità rilevate.	10	10
	4	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5
<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione		Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>			
						100	100

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

**Il Dirigente Responsabile S.S.D. Telecomunicazioni**  
**Dottore Carlo Pedemonte**

Scheda di Budget per A8INTELC - S.S.D. TELECOMUNICAZIONI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	20.401,04	0,00	0,00	19.789,44	-19.789,44
<b>TOTALE</b>	<b>20.401,04</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>19.789,44</b>	<b>-19.789,44</b>

## SSD Impianti e Telecomunicazioni - SCHEDA DI BUDGET 2017

Anno	Numero Autor.	Numero Sub.	Conto	Centro di Costo	Tipo Provvedim ento	Anno Provvedim ento	Numero Provvedim ento	TIPO	Descrizione	Budget Iniziale 2016	Budget Finale 2016	CE IV TRIM. 2016	Budget 2017	Autorizz.
2016	117	0	<b>170.015.035</b>	DG400500	PP	2013	221113	SSD IMP. E TELEC.	GEST. IMPIANTI TELECOMUNICAZIONE E SPECIALI - BUDGET - TELEFONO	1.150.000,00	1.147.000,00	1.147.000,00	1.100.000,00	117
2016	118	0	<b>125.020.005</b>	DG400500	PP	2013	221113	SSD IMP. E TELEC.	GEST. IMPIANTI TELECOMUNICAZIONE E SPECIALI - BUDGET - MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	5.000,00	5.000,00	0,00	5.000,00	118
2016	60	7	<b>130.025.010</b>	DG400500	PP	2013	221113	SSD IMP. E TELEC.	GEST. IMPIANTI TELECOMUNICAZIONE E SPECIALI - BUDGET - MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	257.758,00	257.758,00	257.758,00	250.000,00	60/...
									<b>TOTALE PARZIALE</b>	<b>1.412.758,00</b>	<b>1.409.758,00</b>	<b>1.404.758,00</b>	<b>1.355.000,00</b>	
2016	224	0	<b>010.015.020</b>	DL118	PP	2013	222013	SSD IMP. E TELEC.	PIANO INVESTIMENTI - APPARATI ATTIVI DI RETE	200.000,00	200.000,00	200.000,00	150.000,00	224 VERIFICARE CON P.I.
									<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>1.612.758,00</b>	<b>1.609.758,00</b>	<b>1.604.758,00</b>	<b>1.505.000,00</b>	

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2017	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	1	Verifica attività libero - professionale intramuraria in collaborazione con Ufficio intramoenia	Verbali di verifiche effettuate di concerto con S.C. Direzione Amministrativa POU		Entro 31/12/2016 esito delle verifiche	25	25
	2	Monitoraggio e completezza documenti sito intranet e internet	Report trimestrale comprendente segnalazioni e anomalie rilevate.		entro 20 giorni dalla chiusura del trimestre invio alla direzione report relativo al trimestre precedente	20	20
	3	Monitoraggio e verifica sul rispetto, da parte dei dipendenti, della disciplina delle incompatibilità come prevista dalle disposizioni di legge e contrattuali, con particolare riferimento all'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 ed all'art. 1, commi 60, 61 e 62 della L. 662/1996.	report quadrimestrale		verifica su indicazione della commissione sorteggio, i cui verbali vengono inviati alla direzione	20	20
	4	Controllo presenza in servizio del personale dipendente	Verbali di verifica presenze del personale		verifica presenza del personale sorteggiato su indicazione della commissione sorteggio, i cui verbali vengono inviati alla direzione	25	25
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

**Il Responsabile Servizio Ispettivo**  
**Dott. Alessandro Cataldo**

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza: SS Servizio Ispettivo**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Note	
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato alle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016 (ad es. accesso civico "FOIA")	Frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti amministrativi e tecnici rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto la data fissata per la registrazione al corso.	Entro il 31 dicembre 2017 conclusione del corso previa registrazione sul portale "moodle"	10	10
2) Aumentare il livello di trasparenza attraverso a) il controllo e l'aggiornamento dei dati sui procedimenti afferenti alla propria struttura (ex art. 35 D.Lgs. n. 33/2013); b) il monitoraggio dei tempi dei procedimenti (ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012)	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Entro il 01/04/2017 trasmissione a redazione.sito dei procedimenti aggiornati; 2) entro il 15/07/2017 trasmissione a redazione.sito delle tabelle relative al monitoraggio dei tempi dei procedimenti (II trimestre)		
3) Sottoporre le attività dell'ufficio (procedimento/processi) alla gestione del rischio: a) descrizione e valutazione dei rischi; b) individuazione di misure concrete e programmate idonee a neutralizzare il livello di rischio di corruzione connesso ai processi/procedimenti.	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 15 ottobre 2017 inviare al RPCT: 1) tabella sulla gestione del rischio; 2) tabella sul monitoraggio del trattamento del rischio		
4) Accertare il livello di conoscenza delle norme anticorruzione, dei piani e dei codici di comportamento, richiedendo al personale sottoposto a verifica, di rispondere ad un breve questionario predisposte dal RPCT	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 01/12/2017 fornire al RPCT i questionari compilati		
5) Rafforzare il coordinamento tra le funzioni del SI e quelle del R.P.C.T per garantire un adeguato livello di trasparenza nello svolgimento delle ispezioni programmate	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Comunicare per tempo al RPCT le attività ispettive programmate (le date, i soggetti e/o gli uffici coinvolti). 2) entro il 01/07 - 01/10 - 31/12 trasmettere tre relazioni al RPCT indicando in sintesi i dati salienti relativi alle attività ispettive condotte (ispezioni al personale, alle attività extraistituzionali all'intramoenia), i loro numero, la tipologia, le eventuali criticità riscontrate, le impressioni sul livello di conoscenza della normativa anticorruzione tra il personale sottoposto a verifica		

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**  
**S.C. Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero Unico**  
**Direttore Avv. Lanzone Isabella**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
Performance	1	Attuazione dei contenuti di cui alla modifica del Regolamento per lo svolgimento di Attività Libero Professionale Intramuraria	Rispetto tempistica adozione deliberazione e attuazione contenuti - Agende con orario precedente alle ore 15.00 e revisione delle rispettive autorizzazioni (circa 100 agende/autorizzazioni) n. agende/autorizzazioni modificate		Attuazione dei contenuti: Entro il 30/04 modifica procedura per tutte le attività non ancora incluse nel programma Entro il 31/10 modifica delle agende e revisione rispettive autorizzazioni	10	10
	2	Prenotazione centralizzata dell'attività intramoenia effettuata all'interno degli ambulatori aziendali e negli studi privati	Rispetto tempistica prenotazione centralizzata		Entro il 31/12 prenotazione centralizzata.	15	20
	3	Aggiornamento e gestione delle agende dei singoli professionisti in funzione della prenotazione centralizzata (circa 400 agende)	n. agende aggiornate e gestite con le nuove modalità della prenotazione centralizzata		Entro il 31/10 aggiornamento delle agende. Entro il 31/12 gestione delle agende per la prenotazione centralizzata	15	20
	4	Definizione procedura per l'individuazione dei POS da installare in tutti gli ambulatori e studi medici siti all'interno dell'Azienda	Evidenza procedura		Entro il 30/04/2017 proposta di procedura propedeutica all'Installazione dei POS Al 31/12/2017 numero POS installati in ambulatori e studi medici siti all'interno dell'Azienda <b>Monitoraggio Direzione Amministrativa</b>	10	10
	5	Allineamento delle anagrafiche in uso relative alle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e/o riferite ad altro regime consulenziale con quelle di Bilancio e CCD	Tabella di riconciliazione delle prestazioni Tabella aggiornata dei CdC/R		Monitoraggio semestrale andamento equilibrio attività istituzionale/libero professionale	10	10
	6	Fondo di perequazione dei dirigenti medici (anni 2013-2015) definizione delle quote accantonate secondo contratto	Attivazione tavolo di contrattazione sindacale finalizzato al recupero delle pregresse annualità relative a quote fondo perequazione anni 2013-2015 di concerto con S.C. Amministrazione del Personale		Entro il 30/04/2017 attivazione tavolo Entro il 30/06/2017 liquidazione	10	10

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**  
**S.C. Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero Unico**  
**Direttore Avv. Lanzone Isabella**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	7	Monitoraggio volumi di attività assicurati in regime di libera professione: rispetto dei limiti di tetto	Report trimestrale		Report al 10/07/2017, 10/10/2017, 10/01/2018. Monitoraggio volumi per unità erogante e centro di responsabilità	15	5
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	5
	9	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

**Il Direttore S.C. Direzione Amministrativa POU**  
**Avvocato Isabella Lanzone**

Scheda di Budget per AAAMTPOU - S.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO  
OSPEDALIERO UNICO al mese di dicembre 2017



<b>CONTI GRUPPO 120 - 125</b>	<b>Consumato a dicembre 2016</b>	<b>Consumato a dicembre 2017</b>	<b>Proiezione 2017</b>	<b>Pre-Budget anno 2017</b>	<b>Delta Proiezione / Budget</b>
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	725,13	0,00	0,00	703,45	-703,45
<b>TOTALE</b>	<b>725,13</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>703,45</b>	<b>-703,45</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza: Direttore Direzione POU (Avvocato I. Lanzone)**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Obt Dir	Obt Comp
<p>1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato alle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016 (ad es. su accesso civico "FOIA")</p>	<p>frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti amministrativi e tecnici rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per la registrazione al corso.</p>	<p>Entro il 31 dicembre 2017 conclusione del corso previa registrazione sul portale "moodle" da parte di tutti i dipendenti che appartengono alla struttura</p>		
<p>2) Aumentare il livello di trasparenza attraverso a) la compilazione dell'all.to n. 2 della nota prot. n. 13130 del 27/01/2017; b) la trasmissione dei procedimenti afferenti alla propria struttura (ex art. 35 D.Lgs. n. 33/2013); c) il monitoraggio dei tempi dei procedimenti (ex art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012)</p>	<p>1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata</p>	<p>1) Entro il 15/04/2017 trasmissione al RPCT dell'all.to n. 2 (debitamente compilato) della nota prot.n. 13130 del 27/01/2017; 2) entro il 15/07/2017 trasmissione a redazione sito dei procedimenti mappati (individuando quelli ad istanza di parte, se presenti, e d'ufficio) e della tabella relativa ai tempi dei procedimenti (in formato aperto)</p>	<p align="center">10</p>	<p align="center">5</p>
<p>3a) Analisi delle attività svolte dall'ufficio (procedimento/processi), in particolare sulle attività libero professionale intramoenia ALPI (avvalendosi anche delle indicazioni contenute nel PNA agg. 2015 e nel Rapporto "ALISA"). Tale attività, congiuntamente ad altri eventuali procedimenti/processi di competenza dell'ufficio, dovrà essere valutata e sottoposta al trattamento del rischio (individuazione di specifiche misure di prevenzione, come ad esempio attività ispettive in collaborazione con il S.I.)</p>	<p>1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.</p>	<p>Entro il 15 ottobre 2017 inviare al RPCT: 1) comunicazione dei nominativi dei coordinatori, dei gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) la tabella relativa alla gestione del rischio; 3) il questionario sull'attività di monitoraggio del trattamento del rischio.</p>		

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**  
**DIPARTIMENTO GIURIDICO**  
**Direttore Avvocato Rosa Placido**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	1	Revisione regolamento afferente l'adozione dei provvedimenti aziendali	Presentazione della proposta deliberativa di concerto con la Direzione Aziendale, la S.C. Affari Generali e la S.C. Servizio Legale		Entro il 31/03/2017 presentazione della proposta deliberativa	10	0
	2	Modifica ed integrazione Atto Aziendale, subordinatamente al nuovo impianto organizzativo aziendale definito sulla base del P.O.A. di A.li.sa.	Nuovo documento		Verifica entro 30 gg. dalla redazione da parte della S.C. O.S.R.U. della proposta definitiva	20	10
	3	Razionalizzazione personale e spazi	Trasferimento protocollo piano - 2		Entro il 30/06/2017 trasferimento completato	20	0
	4	Redazione elenco avvocati libero foro	Proposta di emissione avviso pubblico di concerto con S.C. Affari Generali e S.C. Servizio Legale		Entro il 31.03.2017 proposta di emissione avviso pubblico	20	0
	5	Informatizzazione delibere e determine in collaborazione con SC Sistemi Informativi e SC Bilancio	Evidenza procedura informatizzata		Entro il 31/12/2017	10	20
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	7	Verifica piano di riorganizzazione delle Posizioni Organizzative anno 2017	verifica della presentazione della proposta di piano di revisione delle PP.OO.		Entro il 31/07/2017	10	0
	8	Supporto amministrativo al piano di riorganizzazione delle Posizioni Organizzative anno 2017	supporto amministrativo alla presentazione della proposta di piano di revisione delle PP.OO.		Entro il 31/07/2017	0	20

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017  
DIPARTIMENTO GIURIDICO  
Direttore Avvocato Rosa Placido**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	9	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	0	20
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Ricezione delle schede caricate su file excel e relativa trasmissione alla CIAgroup mediante caricamento dati su "Google Drive" subordinato al rispetto della tempistica individuata		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	0	20
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale  
Dottore Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo  
Avvocato Luigi Bertorello**

**Il Direttore Dipartimento Giuridico  
Avvocato Rosa Placido**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Coordinamento e monitoraggio delle attività e dei compiti dei direttori di Struttura Complessa del Dipartimento, nel rispetto delle scadenze di budget dei Direttori e degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati.	1) Trasmissione a redazione sito delle 2 tabelle (d'ufficio e di parte) sui procedimenti amministrativi di tutto il Dipartimento per la pubblicazione su "Amministrazione Trasparente" - Tipologie di procedimento" entro il 1 giugno; 2) Trasmissione al RPCT della tabella complessiva di aggiornamento del rischio e del monitoraggio sul trattamento del rischio entro il 15 ottobre; 3) Relazionare il Responsabile (RPCT) sull'attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza, mediante la redazione delle relazioni/questionari da trasmettere entro il 15 ottobre	10	10
2) Vigilare sull'attività dei dirigenti in merito all'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale e aziendale) all'interno del Dipartimento	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati.	Trasmissione al RPCT dei verbali ricevuti dai Direttori di S.C. e sottoscritti dai partecipanti al RPCT entro l'11 dicembre		
3) Trasmissione al RPCT di un elenco unico degli obblighi di pubblicazione ex D.L.gs. n.33/2013 predisposto dalle SS.CC. (all.to n. 2 della nota prot. n. 13130 del 27/01/2017)	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbali al RPCT	Entro il 02/05 invio al RPCT dell'elenco degli obblighi di pubblicazione inviato come all.to n. 2 della nota prot. n. 13130 del 27/01/2017)		

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	1	Opposizione ordinanze ingiunzioni sanzioni amministrative	Nessun affidamento avvocati libero foro		100% gestione diretta contenzioso	25	25
Performance	2	Ricorsi straordinari al Presidente della Repubblica	100% ricorsi notificati		Al 31/12 100% Ricorsi notificati	15	15
	3	Redazione elenco avvocati libero foro	Proposta di emissione avviso pubblico di concerto con SC Affari Generali		Entro il 31/03 proposta di emissione avviso pubblico	25	20
		Conferimento incarichi Professionali Avvocati libero foro	Non più del 50% conferimenti incarichi a legali ad avvocati libero foro		50% (con esclusione incarichi per continuità defensionale e cause a contenuto altamente specialistico)		
	4	Attivazione P.A.T (Processo Amministrativo Telematico)	Applicazione del P.A.T. a tutti i ricorsi		A partire dal 01/01 applicazione P.A.T. al 100% dei ricorsi	20	25
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	5
	6	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	5	
<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione		Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>			
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

**Il Direttore S.C. Legale**  
**Avvocato Rosa Placido**

Scheda di Budget per AAAMSLEG - S.C. SERVIZIO LEGALE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	762,88	0,00	0,00	740,30	-740,30
<b>TOTALE</b>	<b>762,88</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>740,30</b>	<b>-740,30</b>

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Giuridico				
Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso	10	10
2) Accorpamento di tutti i procedimenti delle strutture del Dipartimento in due uniche tabelle (di parte e d'ufficio), pubblicate sul sito, previo aggiornamento dei dati, ad esempio, precisando (laddove mancante), il nominativo del Responsabile, una descrizione del procedimento, la normativa o la corretta denominazione della struttura, i nominativi dei dipendenti che attualmente sono in servizio presso le strutture del dipartimento, indicando le mail e gli interni telefonici.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati.	Entro il 15/05/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) delle tabelle relative ai procedimenti della S.C.		
3) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Entro il 15/04/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) dell'all.to n. 2 (debitamente compilato) della nota prot.n. 13130 del 27/01/2017; 2) entro il 15 maggio aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza		
4) Rivedere con attenzione l'analisi della gestione del rischio e, in particolare, la descrizione dei rischi e la fase tesa ad individuare le misure di prevenzione, affinché risultino meno ripetitive e generiche, ma concrete, specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Avvalersi del supporto dei coordinatori/facilitatori e dei gruppi di lavoro	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; mancato utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza):1) Entro il 1 giugno a) comunicazione dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; b) le tabelle relative alla revisione della gestione del rischio. 2) Entro il 01 ottobre inviare la tabella sul monitoraggio del trattamento del rischio.		
6) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento al Direttore (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) entro il 05 dicembre		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	1	Procedura concorsuale per la graduatoria infermieri professionali di cui ASL 3 è capofila	completamento della procedura (prove e redazione della graduatoria)		Entro il 31/12/2017 effettuazione prove concorsuali e redazione graduatoria	30	30
Performance	2	Attivazione di un sistema di monitoraggio mensile in applicazione legge 161/2014 sul rispetto degli orari di lavoro con invio reportistica di sintesi a Direzione sanitaria (personale medico/sanitario non medico) Direzione Amministrativa (personale dirigenziale e non amministrativo tecnico e professionale) Direttore Professioni sanitarie (personale di competenza)	invio reportistica mensile		Invio mensile di reportistica di sintesi alle direzioni	5	5
	3	Definizione della dotazione organica del personale amministrativo, per linee di attività, a seguito dell'analisi dei carichi di lavoro, di concerto con la S.C. OSRU	Evidenza documento.		Entro 31/12/2017 Documento che definisce la dotazione organica per linee di attività.	15	15
	4	Avvio revisione regolamenti interni ai CCIA aziendali al fine di armonizzarli alla normativa vigente	redazione di un testo unico comprendente solo le norme dei CCIA aziendali ancora applicabili		Entro il 31/12/2017 revisione dei regolamenti interni ai CCIA aziendali relativamente a: - Regolamento mensa - Regolamento su Pronta Disponibilità - Regolamento Merloni ter - in collaborazione con uffici preposti - Regolamento Fondi Intramoenia - in collaborazione con ufficio preposto - Regolamento su orario di lavoro in applicazione della L. 161/2014	10	10
	5	Estensione a tutte le strutture dell'autorizzazione da Portale dello straordinario.	tutte le strutture aziendali utilizzano la funzione autorizzazione allo straordinario da Portale		Entro il 31/12/2017 eliminazione delle richieste cartacee di straordinario in tutte le strutture ASL		
	6	Definizione di una procedura che renda vincolante, all'atto dell'assunzione e/o trasferimento di personale, la compilazione della scheda di assegnazione al cdc completa di informazioni e relative % di attribuzione in collaborazione con SC POU e SC Professioni Sanitarie	Evidenza procedura		Entro 30/06/2017 definizione procedura e circolare a tutte le Strutture <b>Monitoraggio CCD</b>	10	10
	7	Fondo di perequazione dei dirigenti medici (anni 2013-2015) definizione delle quote accantonate secondo contratto	Attivazione tavolo di contrattazione sindacale finalizzato al recupero delle pregresse annualità relative a quote fondo perequazione anni 2013-2015 di concerto con S.C. Amministrazione del Personale		Entro il 30/04/2017 attivazione tavolo Entro il 30/06/2017 liquidazione	15	15

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	5
	9	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

**Il Direttore S.C. Servizio Amministrazione del Personale**  
**Dottorssa Silvia Simonetti**

Scheda di Budget per A8AMSAPE - S.C. SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE al  
mese di dicembre 2017



<b>CONTI GRUPPO 120 - 125</b>	<b>Consumato a dicembre 2016</b>	<b>Consumato a dicembre 2017</b>	<b>Proiezione 2017</b>	<b>Pre-Budget anno 2017</b>	<b>Delta Proiezione / Budget</b>
DISPOSITIVI MEDICI	4,64	0,00	0,00	0,00	0,00
ALTRO MATERIALE SANITARIO	14,32	0,00	0,00	0,00	0,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	13.597,02	0,00	0,00	13.189,44	-13.189,44
<b>TOTALE</b>	<b>13.615,98</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>13.189,44</b>	<b>-13.189,44</b>

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Giuridico				
Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso	10	10
2) Accorpamento di tutti i procedimenti delle strutture del Dipartimento in due uniche tabelle (di parte e d'ufficio), pubblicate sul sito, previo aggiornamento dei dati, ad esempio, precisando (laddove mancante), il nominativo del Responsabile, una descrizione del procedimento, la normativa o la corretta denominazione della struttura, i nominativi dei dipendenti che attualmente sono in servizio presso le strutture del dipartimento, indicando le mail e gli interni telefonici.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati.	Entro il 15/05/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) delle tabelle relative ai procedimenti della S.C.		
3) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Entro il 15/04/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) dell'all.to n. 2 (debitamente compilato) della nota prot.n. 13130 del 27/01/2017; 2) entro il 15 maggio aggiornamento dei dati relativi ai		
4) Rivedere con attenzione l'analisi della gestione del rischio e, in particolare, la descrizione dei rischi e la fase tesa ad individuare le misure di prevenzione, affinché risultino meno ripetitive e generiche, ma concrete, specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Avvalersi del supporto dei coordinatori/facilitatori e dei gruppi di lavoro	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; mancato utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza):1) Entro il 1 giugno a) comunicazione dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; b) le tabelle relative alla revisione della gestione del rischio. 2) Entro il 01 ottobre inviare la tabella sul monitoraggio del trattamento del rischio.		
6) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento al Direttore (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) entro il 05 dicembre		
<b>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</b>				

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Amm.ne del personale (oltre agli obiettivi comuni alle altre strutture)**

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Servizio Amministrazione del Personale (UPD)**

**Obiettivi assegnati**

Aggiornamento del Codice di Comportamento, con procedura aperta e sotto la supervisione del RPCT al fine di: 1) favorire un collegamento più stretto ed una integrazione sostanziale con il PTPCT ; 2) rendere il codice meno generico e più specifico alla realtà dell'ente; 3) fornire un supporto ai dirigenti dell'ente nell'applicazione del Codice

Rispetto tempistica aggiornamento -  
giorni di ritardo rispetto alla data fissata

1) Entro il 30 giugno fissare un incontro con il RPCT per esaminare la prima bozza del Codice di Comportamento; 2) Entro il 4 settembre 2017 trasmettere al RPCT una bozza del Codice modificato. Gli obiettivi assegnati e le linee guida, sulla base delle indicazioni dell'Anac sono le seguenti: a) modificare gli obblighi contenuti nel Codice, attualmente in vigore, sulla scorta della verifica delle violazioni riscontrate nel corso dell'ultimo triennio (proc. discipl.); b) eliminare nel Codice di Comportamento tutte le violazioni già presenti sul Codice Disciplinare; c) ricondurre le singole violazioni degli obblighi contenuti nel Codice di Comportamento al tipo e all'entità delle sanzioni previste nel Codice Disciplinare. 3) Entro il 30 settembre esame congiunto con il RPCT del testo del Codice di Comportamento; 4) entro il 31 ottobre adozione del provvedimento di approvazione del Codice di Comportamento

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**  
**S.C. Affari Generali**  
**Direttore Avv. Giovanna Depetro**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	1	Regolamento afferente la rogatoria in forma pubblica e la registrazione dei contratti	Evidenza proposta deliberativa		Entro il 30/09 presentazione proposta deliberativa	10	10
Performance	2	Revisione delle modalità di espletamento dell'accesso a dati e documenti aziendali e relativo regolamento afferente Accesso agli atti (accesso documentale) di cui alla L.n.241/90 e s.m.i. art.22 e segg., Accesso civico di cui al Dlgs n.33/2013 art.5, 1 comma , Accesso civico generalizzato di cui alla novella del Dlgs n.97/2016	Presentazione proposta deliberativa di concerto con Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza		Entro il 20 giugno 2017 presentazione della proposta deliberativa	20	20
	3	Revisione corso FAD aziendale sulla privacy	Produzione nuove slide corso		Entro il 31.12.2017 produzione slide corso	20	20
	4	Costituzione di elenco di legali esterni per l'Azienda	Proposta di emissione avviso pubblico di concerto con SC Legale		Entro il 31.03.2017 proposta di emissione avviso pubblico	20	20
	5	Revisione regolamento afferente l'adozione dei provvedimenti aziendali	Presentazione della proposta deliberativa di concerto con la Direzione Dipartimentale ed Aziendale		Entro il 31/1/2017 presentazione della proposta deliberativa	15	15
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	5
	7	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	5	
	<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>			
						<b>100</b>	<b>100</b>

Il Direttore Generale  
Dott. Luigi Carlo Bottaro

Il Direttore Amministrativo  
Avv. Luigi Bertorello

Il Direttore S.C. Affari Generali  
Avvocato Giovanna Depetro

<b>Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Giuridico</b>				
<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso dirigenza</b>	<b>Peso comparto</b>
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso		
2) Accorpamento di tutti i procedimenti delle strutture del Dipartimento in due uniche tabelle (di parte e d'ufficio), pubblicate sul sito, previo aggiornamento dei dati, ad esempio, precisando (laddove mancante), il nominativo del Responsabile, una descrizione del procedimento, la normativa o la corretta denominazione della struttura, i nominativi dei dipendenti che attualmente sono in servizio presso le strutture del dipartimento, indicando le mail e gli interni telefonici.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati.	Entro il 15/05/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) delle tabelle relative ai procedimenti della S.C.		
3) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Entro il 15/04/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) dell'all.to n. 2 (debitamente compilato) della nota prot.n. 13130 del 27/01/2017; 2) entro il 15 maggio aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza	10	10
4) Rivedere con attenzione l'analisi della gestione del rischio e, in particolare, la descrizione dei rischi e la fase tesa ad individuare le misure di prevenzione, affinché risultino meno ripetitive e generiche, ma concrete, specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Avvalersi del supporto dei coordinatori/facilitatori e dei gruppi di lavoro	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; mancato utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza):1) Entro il 1 giugno a) comunicazione dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; b) le tabelle relative alla revisione della gestione del rischio. 2) Entro il 01 ottobre inviare la tabella sul monitoraggio del trattamento del rischio.		
6) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento al Direttore (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) entro il 05 dicembre		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

Scheda di Budget per A8AMAFGE - S.C. AFFARI GENERALI al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	2.351,19	0,00	0,00	2.099,90	-2.099,90
<b>TOTALE</b>	<b>2.351,19</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.099,90</b>	<b>-2.099,90</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
Performance	1	Modifica ed integrazione Atto Aziendale, subordinatamente al nuovo impianto organizzativo aziendale definito sulla base del P.O.A. di A.li.sa.	Evidenza modifiche da apportare. Nuovo documento rivisto e corretto di concerto con il Direttore Dip. Giuridico, S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria e Staff della Direzione Sanitaria		Entro 31/03 prima stesura atto di riorganizzazione aziendale ed invio Direzione Strategica Entro 31/05 seconda stesura nuovo atto aziendale ed invio Direzione Strategica Monitoraggio CCD	30	30
	2	Revisione del sistema delle Posizioni Organizzative	Revisione Regolamento PP.OO. Effettuazione delle Selezioni delle PP.OO., la cui scadenza contrattuale è prevista tra il 31.12.16 e il 31.10.17, previa ridefinizione dell'assetto organizzativo delle PP.OO.		Entro il 30/06/2017 nuovo assetto e revisione del Regolamento PP.OO. Entro il 31/10/2017 effettuazione Selezioni delle PP.OO., la cui scadenza è prevista tra il 31.12.16 e il 31.10.17.	20	20
	3	Assegnazione Incarichi Professionali	Conferimento degli incarichi professionali dirigenziali, secondo le priorità e le indicazioni fornite dalla Direzione di concerto con S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria		Entro 31/12/2017, di concerto con SC Pianificazione, prog. e organ. Sanitaria: Conferimento degli incarichi professionali dirigenziali, secondo le priorità e le indicazioni fornite dalla Direzione.	20	20
	4	Definizione della dotazione organica del personale amministrativo, per linee di attività, a seguito dell'analisi dei carichi di lavoro, di concerto con la S.C. Servizio Amministrazione del Personale	Evidenza documento.		Entro 31/12/2017 Documento che definisce la dotazione organica per linee di attività.	15	15
	5	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	5
	6	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	5	
	<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>			
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

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

Scheda di Budget per A8AMOSRU - S.C. ORGANIZZAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE  
al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	1.370,85	0,00	0,00	1.329,24	-1.329,24
<b>TOTALE</b>	<b>1.370,85</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1.329,24</b>	<b>-1.329,24</b>

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Giuridico				
Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso		
2) Accorpamento di tutti i procedimenti delle strutture del Dipartimento in due uniche tabelle (di parte e d'ufficio), pubblicate sul sito, previo aggiornamento dei dati, ad esempio, precisando (laddove mancante), il nominativo del Responsabile, una descrizione del procedimento, la normativa o la corretta denominazione della struttura, i nominativi dei dipendenti che attualmente sono in servizio presso le strutture del dipartimento, indicando le mail e gli interni telefonici.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati.	Entro il 15/05/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) delle tabelle relative ai procedimenti della S.C.		
3) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Entro il 15/04/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) dell'all.to n. 2 (debitamente compilato) della nota prot.n. 13130 del 27/01/2017; 2) entro il 15 maggio aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza	10	10
4) Rivedere con attenzione l'analisi della gestione del rischio e, in particolare, la descrizione dei rischi e la fase tesa ad individuare le misure di prevenzione, affinché risultino meno ripetitive e generiche, ma concrete, specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Avvalersi del supporto dei coordinatori/facilitatori e dei gruppi di lavoro	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; mancato utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza):1) Entro il 1 giugno a) comunicazione dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; b) le tabelle relative alla revisione della gestione del rischio. 2) Entro il 01 ottobre inviare la tabella sul monitoraggio del trattamento del rischio.		
6) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento al Direttore (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) entro il 05 dicembre		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.	Riduzione 3% consumato di beni non sanitari rispetto anno 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
	1	Completamento del trasferimento dalla piattaforma Moodle attualmente in uso (versione 1.9) a quella più recente disponibile di n° 16 corsi FAD	Tempistica messa a regime definitiva nuova piattaforma on line		Entro il 30/4/2017 completamento del trasferimento dei n° 16 corsi sulla nuova piattaforma	20	20
Performance	2	Riedizione edizioni corso di formazione obbligatorio "Corso per l' accertamento e l'acquisizione delle conoscenze radio protezionistiche previsto dal d.lgs. 187 del 26 maggio 2000, articolo 7 e per la formazione prevista dall'art. 61 par. 3 e del d.lgs. 230 del 17 maggio 1995 e s.m.i .".	Garantire il rinnovo della certificazione quinquennale scaduta al 31/12/2016 al personale sanitario inserito nell'elenco degli "esposti"		Entro il 31/12 programmazione ed erogazione delle n°7 edizioni preventivate	20	20
	3	Programmazione e realizzazione edizioni corso di aggiornamento di formazione e accertamento di idoneità tecnica per gli addetti antincendio	Garantire il rinnovo della certificazione al personale dipendente e convenzionato che ha conseguito l'attestato di idoneità da più di 5 anni		Entro il 31/12 n°4 edizioni corsi base Entro il 31/12 n°3 edizioni corsi aggiornamento.	15	15
	4	Organizzazione e realizzazione edizioni previste corso regionale "Promozione dell'allattamento al seno" rivolta agli operatori del percorso nascita (dipendenti e convenzionati) di tutte le ASL/Ospedali liguri	Evidenza programmazione e rispetto tempistica sul monitoraggio della realizzazione delle edizioni previste da parte di tutte le ASL/Ospedali liguri		Entro 31/12 realizzazione delle n°12 edizioni previste	15	15
	5	Organizzazione e realizzazione edizioni previste corso regionale "Illustrazione dell'attività professionale in corso di ricovero tramite il corretto utilizzo della nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)"	Evidenza programmazione e rispetto tempistica sulla realizzazione delle edizioni previste.		Entro il 30/06 programmazione ed erogazione delle edizioni previste	15	15
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	5
	7	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
	<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>			
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

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

Scheda di Budget per A8AMAGFO - S.C. AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE al mese di dicembre  
2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	7,70	0,00	0,00	0,00	0,00
DISPOSITIVI MEDICI	512,89	0,00	0,00	497,28	-497,28
ALTRO MATERIALE SANITARIO	1.665,17	0,00	0,00	1.615,32	-1.615,32
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	25.512,26	0,00	0,00	24.748,02	-24.748,02
<b>TOTALE</b>	<b>27.698,02</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>26.860,62</b>	<b>-26.860,62</b>

Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - SS.CC. Dipartimento Giuridico				
Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti obbligati alla frequentazione del corso		
2) Accorpamento di tutti i procedimenti delle strutture del Dipartimento in due uniche tabelle (di parte e d'ufficio), pubblicate sul sito, previo aggiornamento dei dati, ad esempio, precisando (laddove mancante), il nominativo del Responsabile, una descrizione del procedimento, la normativa o la corretta denominazione della struttura, i nominativi dei dipendenti che attualmente sono in servizio presso le strutture del dipartimento, indicando le mail e gli interni telefonici.	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati.	Entro il 15/05/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) delle tabelle relative ai procedimenti della S.C.		
3) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	1) Entro il 15/04/2017 trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) dell'all.to n. 2 (debitamente compilato) della nota prot.n. 13130 del 27/01/2017; 2) entro il 15 maggio aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza	10	10
4) Rivedere con attenzione l'analisi della gestione del rischio e, in particolare, la descrizione dei rischi e la fase tesa ad individuare le misure di prevenzione, affinché risultino meno ripetitive e generiche, ma concrete, specifiche, fattibili, adeguatamente programmate e congrue rispetto ai rischi. Avvalersi del supporto dei coordinatori/facilitatori e dei gruppi di lavoro	Rispetto tempistica trasmissione: giorni di ritardo rispetto alla data fissata; mancato utilizzo formato aperto dei dati; mancato utilizzo di misure di prevenzione non concrete e non fattibili	Inviare al Direttore di Dipartimento (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza):1) Entro il 1 giugno a) comunicazione dei partecipanti ai gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; b) le tabelle relative alla revisione della gestione del rischio. 2) Entro il 01 ottobre inviare la tabella sul monitoraggio del trattamento del rischio.		
6) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno delle SS.CC. Del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al RPCT	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/11/2017 e predisposizione verbali sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento al Direttore (Referente della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza) entro il 05 dicembre		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura	Rispetto budget economico assegnato		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD	10	5
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito rimanenze con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 31/07/2017 presentazione progetto	15	15
			evidenza istruzioni operative		Entro 31/11/2017 istruzioni operative area rimanenze	15	15
	2	Monitoraggio delle terapie ad alto costo; recupero e reinvestimento dei rimborsi nelle terapie innovative, razionalizzazione degli accessi alle terapie innovative	cfr casi e spesa per oncologie		report trimestrali alla DMO, alla Direzione Sanitaria aziendale, al CCD, ed ai cdc interessati	15	15
	3	Spesa reumatologici biosimilari vs brand : monitoraggio della spesa	Monitoraggio impiego biosimilari per Reumatologia		- entro il 30/04/2017 predisposizione richiesta motivata per brand biologici reumatologici - Entro il 31/12/2017 report del consumo biologici brand vs biosimilari 2016/2017 al 30/06/2017 ed al 31/12/2017 con trasmissione report alla struttura interessata, al CCD, alla DS aziendale, alla Direzione POU	5	5
	4	Audit UFA per temperatura trasporto preparazioni chemioterapiche	numero di rilevazioni effettuate		numero di rilevazioni effettuate, date e report invio al 30/06/2017 e 31/12/2017	15	15
	5	Estensione a tutte le RSA convenzionate afferenti alla S.C. Assistenza Geriatrica del progetto di distribuzione delle medicazione avanzate ( DGR 1031/2013)	incremento distribuzione n° distribuzioni e valore 2017/2016		n° distribuzioni e valore 2017 > anno 2016	5	5
	6	Attivazione / verifica fattibilità procedure certificazione per Unità Farmaci Antiblastici (UFA)			entro 30/06/2017 verifica con Settore qualità delle istruzioni e procedure operative attualmente in uso entro 31/12/2017 completamento ed aggiornamento delle istruzioni e procedure operative propedeutiche alla certificazione della struttura	10	10
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance/Appropriatezza	8	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						90	95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						100	100
--------------------------------	--	--	--	--	--	-----	-----

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> Dottoressa Simonetta Nobile
--

<b>Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Farmacia Ospedaliera</b>				
<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi anno 2017</b>	<b>Peso dirigenza</b>	<b>Peso comparto</b>
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	Frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti appartenenti alla Struttura	10	10
2) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione) 1) entro il 10/04/2017 dell'all.to n. 2 (debitamente compilato) della nota prot.n. 13130 del 27/01/2017; 2) entro il 1 ottobre dell'aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza (solo SC Ass Farm Convenzionata)		
3) a) Solo x S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata: aggiornamento della gestione del rischio, rivalutando il livello di rischio dei processi e procedendo a verificare l'efficacia delle misure di prevenzione fin qui adottate, soprattutto quelle relative alla rotazione del personale;b) solo x SC Farmaceutica Ospedaliera: mappatura delle attività e dei processi; applicazione della gestione del rischio dei suddetti processi individuando il livello ed il tipo di rischi e le misure di prevenzione concrete da applicare	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 1 ottobre trasmettere al Direttore del Dipartimento le tabelle sulla gestione del rischio (comprendente dell'aggiornamento e dell'aggiunta dei processi della S.C. Assistenza Farmaceutica), del monitoraggio sul trattamento del rischio (con particolare riferimento alla misura della rotazione del personale) e del monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e dei Codici di comportamento		
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti. Rivolgere particolare attenzione agli artt. 6 e 7 dei codici ("comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse" e "obbligo di astensione")	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**  
**S.C. Farmaceutica Convenzionata**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura	Rispetto budget economico assegnato		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD	10	5
						<b>10</b>	<b>5</b>
Performance/Appropriatezza	1	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito rimanenze con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 31/07/2017 presentazione progetto	20	20
			evidenza istruzioni operative		Entro 30/11/2017 istruzioni operative area rimanenze	20	20
	2	Implementazione prescrizione medicinali a brevetto scaduto, aggiornamento e sensibilizzazione medici prescrittori, monitoraggio delle prescrizioni territoriali con invio informativa di ritorno ai medici prescrittori	- comunicazioni con la medicina generale circa obiettivi di appropriatezza prescrittiva con definizione di specifici indicatori compreso l'indicatore inerente il parametro in termini di DDD di medicinali a brevetto scaduto - comunicazioni con i medici dipendenti di ASL3 su comportamenti prescrittivi ed erogativi - incontri specifici a livello Distrettuale con almeno con i referenti AFT, circa gli obiettivi regionali		- numero di comunicazioni effettuate/schede medico/schede dipa - compilazione di schede inerenti	20	20
	3	Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche con invio informativa di ritorno ai medici prescrittori	schede medico/schede dipartimentali trasmesse		Invio report trimestrali	20	20
	4	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
5	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 30/06/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5	

**SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017**  
**S.C. Farmaceutica Convenzionata**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il 30/09/2017 caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						90	95

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						100	100
--------------------------------	--	--	--	--	--	-----	-----

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b>
---------------------

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza - S.C. Farmaceutica Convenzionata**

Obiettivi assegnati	Indicatori di risultato	Risultati attesi anno 2017	Peso dirigenza	Peso comparto
1) Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e alla prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato con le novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016, dal PNA 2016 e dal P.T.P.C.T. 2017 - 2019.	Frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti (dirigenza e comparto) rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto alla data fissata per il corso.	Entro il 31 dicembre 2017 effettuazione del corso (accedendo al portale "moodle") da parte di tutti i dipendenti appartenenti alla Struttura		
2) Aumentare la qualità e la puntualità degli obblighi di trasparenza	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Trasmissione al Direttore del Dipartimento (Referente della Prevenzione) 1) entro il 10/04/2017 dell'all.to n. 2 (debitamente compilato) della nota prot.n. 13130 del 27/01/2017; 2) entro il 1 ottobre dell'aggiornamento dei dati relativi ai procedimenti amministrativi di propria competenza (solo SC Ass Farm Convenzionata)		
3) a) Solo x S.C. Assistenza Farmaceutica Convenzionata: aggiornamento della gestione del rischio, rivalutando il livello di rischiosità dei processi e procedendo a verificare l'efficacia delle misure di prevenzione fin qui adottate, soprattutto quelle relative alla rotazione del personale;b) solo x SC Farmaceutica Ospedaliera: mappatura delle attività e dei processi; applicazione della gestione del rischio dei suddetti processi individuando il livello ed il tipo di rischi e le misure di prevenzione concrete da applicare	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata	Entro il 1 ottobre trasmettere al Direttore del Dipartimento le tabelle sulla gestione del rischio (comprendente dell'aggiornamento e dell'aggiunta dei processi della S.C. Assistenza Farmaceutica), del monitoraggio sul trattamento del rischio (con particolare riferimento alla misura della rotazione del personale) e del monitoraggio sul rispetto del P.T.P.C.T. e dei Codici di comportamento	10	10
4) Rispettare e vigilare sull'osservanza dei Codici di Comportamento (nazionale ed aziendale) all'interno del Dipartimento, avendo cura di promuoverne ed accertarne la conoscenza tra i dipendenti. Rivolgere particolare attenzione agli artt. 6 e 7 dei codici ("comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse" e "obbligo di astensione")	Rispetto della tempistica di effettuazione degli incontri e invio verbale sottoscritto al Direttore del Dipartimento	Accertamento della conoscenza dei Codici di Comportamento tra i dipendenti attraverso incontri, da effettuarsi entro il 30/06/2017 e predisposizione verbali, sottoscritti dai partecipanti, da inviarsi al Direttore del Dipartimento entro il 01/07/2017		
<b><u>Stabilire obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione 2017, da assegnare ai propri dipendenti (comparto/dirigenza), coinvolti nelle attività della prevenzione della corruzione/trasparenza e/o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori"), in ottemperanza a quanto previsto nel P.T. P.C.T. 2017 - 2019</u></b>				

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi	Riduzione 3% consumato rispetto anno 2016 in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner. (escluso licenze software)		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	10	10
			Rispetto budget assegnato relativo all'acquisto di beni e servizi		Vedi Tabella Anno 2017		
			Analisi del nuovo modello dei costi di Liguria digitale e controllo dei relativi pagamenti/liquidazioni con supporto alla S.C. Bilancio				
Performance	1	Implementazione software gestione sale operatorie su Villa Scassi Sestri e Gallino	Evidenza collaudo prodotto	Progetto sviluppato e rivisto 2015/2016	Entro 1/07 prodotto funzionante per sperimentazione; Sperimentazione blocco operatorio di chirurgia generale e vascolare di Villa Scassi poi estesa a tutte le SS.CC. chirurgiche di Villa Scassi entro dicembre 2017 Successivamente alle altre SSS.CC. chirurgiche del P.O.U	20	20
	2	Unificazione e omogeneizzazione Pronto soccorso POU (Villa Scassi, Sestri e Gallino)	Pronto Soccorso attivati	Nuovo PS Sivils Presso Villa Scassi; Gallino e Sestri vecchio ps SIO	Entro 31 Marzo 2017 nuovo Ps Sivils Gallino Entro 30/04/2017 nuovo PS Sestri	20	20
	3	Informatizzazione scheda pediatrica territoriale	n. ambulatori informatizzati	nessuna informatizzazione	Entro il 30/09 almeno due ambulatori informatizzati	20	20

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	4	Aggiornamento inventario cespiti sulla procedura OLIAMM con riferimento alla classe merceologica "Q"/conto 010.045.005 "Macchine d'uff.elettromeccan.ed elettron.computer"	Aggiornamento procedure organizzative Aggiornamento Inventario: provvedimento dismissione di massa delle apparecchiature non più in uso; Riepilogo dei cespiti oggetto di trasferimento logistico da centro a centro		Aggiornamento delle <b>procedure</b> entro il 30/04/2017 <b>Provvedimento di aggiornamento dell'inventario</b> per ubicazione entro il 31/12/2017	20	20
	6	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	7	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	5	
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

**Il Direttore S.C. Sistemi Informativi Aziendali**  
**Dottoressa Luisa Pareto**

Scheda di Budget per A8INUSIA - S.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI al mese di dicembre  
2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	101.731,47	0,00	0,00	2.324,70	-2.324,70
<b>TOTALE</b>	<b>101.731,47</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.324,70</b>	<b>-2.324,70</b>

Budget escluso costi di licenza software

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Rispetto del budget assegnato per gli acquisti apparecchiature e la manutenzione delle apparecchiature	Budget assegnato		Vedi Tabella Anno 2017	5	5
	1	Miglioramento processo piano acquisti apparecchiature elettromedicali	Rispetto tempistica		Entro 31/3 verifica fabbisogno apparecchiature elettromedicali e presentazione proposta alla Direzione Generale proposta di piano acquisti apparecchiature Anno 2017 con ipotesi per 2017 e 2018 Entro 30/09 Predisposizione ed inoltro a Provveditorato di tutta la documentazione tecnica necessaria per l'esecuzione del piano aggiornamento delle apparecchiature approvato. Entro il 31/12 gare completate	10	5
Performance	2	Analisi HTA, riorganizzazione, aggiornamento tecnologico parco aziendale ecografi	Rispetto tempistica		Entro il 31/12	10	10
	3	Aggiornamento tecnologico e completa digitalizzazione dei sistemi elettromedicali utilizzati per lo screening mammografico	Rispetto tempistica		Entro 31/12 Completa digitalizzazione dei sistemi elettromedicali	10	5
	4	Aggiornamento inventario cespiti sulla procedura OLIAMM con riferimento alla classe merceologica "K"/conto 010.020.005 "Attrezzature specifico-sanitarie" in collaborazione con la SSD Economato e Logistica	Aggiornamento procedure organizzative Aggiornamento Inventario: provvedimento dismissione di massa delle apparecchiature non più in uso; Riepilogo dei cespiti oggetto di trasferimento logistico da centro a centro		Aggiornamento delle <b>procedure</b> entro il 30/04/2017 <b>Piano di azione</b> per l'aggiornamento dell'inventario cespiti entro 30 giorni dall'affidamento della gestione delle manutenzioni in Global Service	25	25
	5	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito immobilizzazioni con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 30/06/2017 presentazione progetto	10	5
			evidenza istruzioni operative		Entro 31/10/2017 istruzioni operative area immobilizzazioni	10	20
	6	Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA: Sviluppo di un documento di monitoraggio delle non conformità relative alla manutenzione ordinaria/straordinaria delle apparecchiature, degli impianti, delle strutture	Evidenza di piano annuale con produzione del documento analitico delle non conformità		Entro il 31/12/2017 presentazione del Documento alla Direzione Aziendale con produzione di report di sintesi delle non conformità rilevate. Sviluppo di un documento di programmazione con proposte di priorità di intervento per la risoluzione delle criticità rilevate.	10	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	8	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
						<b>100</b>	<b>100</b>

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Amministrativo**  
**Avv. Luigi Bertorello**

**Il Responsabile S.S.D. Ingegneria Clinica**  
**Ingegnere Gino Spada**

Scheda di Budget per A8ININCL - S.S.D. INGEGNERIA CLINICA al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ALTRO MATERIALE SANITARIO	2.305,80	0,00	0,00	0,00	0,00
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	233,60	0,00	0,00	226,59	-226,59
<b>TOTALE</b>	<b>233,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>226,59</b>	<b>-226,59</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi	Riduzione 3% consumato rispetto anno 2016 in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
			Rispetto budget assegnato		Vedi Tabella Anno 2017	5	5
Performance	1	Banca dati aggiornata relativa alla superfici degli immobili censiti Micenes	Tempistica integrazione database Attribuzione a cdc superficie	Entro 30/6/16 definizione superficie netta /superficie lorda /superficie coperta /superficie TARI Entro 31/12/16 calcolo superfici di ciascun piano di ciascun immobile per cui Micenes ha già messo a disposizione as built	Entro 30/6 Definizione struttura dati all'interno database e procedure di aggiornamento interdipartimentale Entro 30/9 calcolo superfici di ciascun piano di ciascun immobile almeno per il 25% degli immobili non censiti da Micenes Entro 31/12 calcolo superfici di ciascun piano di ciascun immobile per un ulteriore 25% degli immobili non censiti da Micenes. Nel caso si riesca ad ottenere una risorsa umana aggiuntiva a partire dal 1/7 la % potrà essere incrementata di un ulteriore 30% <b>Monitoraggio CCD</b>	15	15
	2	Calcolo superfici e attribuzione ai singoli CdC presenti all'interno dei presidi ospedalieri e/o delle strutture poliambulatoriali di maggiore dimensione	Tempistica Nr edifici censiti	Non attuato in attesa introduzione riforma sedi distrettuali	Entro 30/6 definizione strutture su cui concentrare il lavoro da svolgere entro il 31/12/2017 (max 2 ospedali o 4 strutture poliambulatoriali) di concerto con CCD Entro 31/12 calcolo superfici assegnate a ciascun CdC per le strutture definite al punto precedente <b>Monitoraggio CCD</b>	10	10
	3	Razionalizzazione sedi erogazione attività distrettuali	Supporto strategico alla Direzione		Per la sede distrettuale di via Assarotti: mappatura delle destinazioni d'uso e del numero di occupanti entro il 31/01. Monitoraggio Direzione Amministrativa	15	10
		Trasferimento SC Igiene da sede Viale Brigate Partigiane		Entro 30/06 liberazione del 3° piano dell'immobile di viale Brigate Partigiane a Via Frugoni			
		Trasferimento Ser.T. Distretto 12 c/o nuova sede Via Canevari		Entro 31/03 stipula contratto di locazione immobile via Canevari			
			Trasferimento Consultorio Distretto 11 da sede Viale Brigate Partigiane		Entro 30/06 liberazione del 3° piano dell'immobile di viale Brigate Partigiane a <b>Via Assarotti e Via XII Ottobre</b>		

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance	4	Miglioramento flussi informativi	Modifiche al database di gestione dei consumi e dei costi per le forniture idriche		Entro 30/06 modifica sezione controllo costi per attribuzione costi in competenza e migliore controllo della spesa Entro 30/09 modifica sezione gestione consumi	10	10
	5	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: recepimento delle linee guida regionali in ambito immobilizzazioni con specifica delle relative istruzioni operative	evidenza progetto		Entro 30/06/2017 presentazione progetto	10	5
			evidenza istruzioni operative		Entro 31/10/2017 istruzioni operative area immobilizzazioni	10	20
	6	Obiettivo derivato dall'analisi del programma di Autovalutazione CARMINA: Supporto allo Sviluppo di un documento di monitoraggio delle non conformità relative alla manutenzione ordinaria/straordinaria delle apparecchiature, degli impianti, delle strutture	Evidenza di piano annuale con produzione del documento analitico delle non conformità		Entro il 31/12/2017 presentazione del Documento alla Direzione Aziendale con produzione di report di sintesi delle non conformità rilevate. Sviluppo di un documento di programmazione con proposte di priorità di intervento per la risoluzione delle criticità rilevate.	10	5
	7	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
	8	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>	5	
<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione		Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAGroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>			
						<b>100</b>	<b>100</b>

<p><b>Il Direttore Generale</b>  <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b></p>	<p><b>Il Direttore Amministrativo</b>  <b>Avv. Luigi Bertorello</b></p>
<p>Data</p>	

<p><b>Il Dirigente Responsabile S.S.D. Patrimonio</b>  <b>Ingegnere Francesco Zampini</b></p>
---

Scheda di Budget per A8INPAIM - S.S.D. PATRIMONIO IMMOBILIARE al mese di dicembre  
2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	2.271,45	0,00	0,00	2.203,85	-2.203,85
<b>TOTALE</b>	<b>2.271,45</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.203,85</b>	<b>-2.203,85</b>

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Peso Dirigenza
Performance e appropriatezza	1	Garantire il monitoraggio della qualità dei servizi offerti dalle strutture in convenzione	Partecipazione alla redazione di una procedura per la vigilanza ed il controllo dell'attività a domicilio in collaborazione con il Responsabile della SSD cure palliative		Entro il 30/06/2017 redazione procedura per i controlli a domicilio in collaborazione con il Responsabile della SSD cure palliative Dall'1/07/2017 almeno 2 controlli annuali dell'attività in hospice e 4 dell'attività a domicilio	20
	2	Partecipazione alla predisposizione ed alla gestione dei processi di "budget" per le strutture sanitarie, valutazione degli obiettivi raggiunti nel 2016 con attività di raccordo e di informazione con i Dipartimenti e le SS.CC. Sanitarie Aziendali	Tempistica di chiusura fase del processo di budget relativa alla contrattazione con le SS.CC. /SS.DD. Sanitarie e di valutazione del raggiungimento degli obiettivi dell'anno 2016		entro il 30 aprile 2017	30
	3	Partecipazione, predisposizione, valutazione e monitoraggio di progetti di nuovi modelli assistenziali che prevedono la costituzione di reti e collaborazioni interaziendali/contratti con privati accreditati	Evidenza dei progetti/contratti		Almeno 2 progetti interaziendali in corso	20
	4	Valutazione dei progetti e partecipazione al tavolo aziendale sul "Dividendo dell'efficienza"	Evidenza incontri e sviluppo del lavoro di identificazione dei progetti		Almeno 2 riunioni entro il 30/giugno, entro 31/12 identificazione dei progetti	30
						<b>100</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------

**Il Direttore Generale  
Dott. Luigi Carlo Bottaro**

**Il Direttore Sanitario  
Dott. Paolo Cavagnaro**

**Dirigente Medico  
Dottoressa Flavia Emanuelli**

**Dirigente Medico  
Dottoressa Daniela Pezzano**

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
						5	5
Performance e Appropriatezza	1	Monitoraggio obiettivi assegnati alle SS.CC. Ospedaliero	Progetto di ottimizzazione percorso di presa in carico pazienti da SC Medicina d'Urgenza		Al 30/6 Verifica esistenza percorso per la presa in carico pazienti da SC Medicina d'urgenza Dal 1/7 monitoraggio corretta applicazione percorso	20	20
			Aumento offerta ambulatoriale per colonscopia (Medicina Interna 1)		Monitoraggio incremento prestazioni, subordinatamente alla ammissione in servizio di nr 1 gastroenterologo		
			PDTA trattamento delle varici in regime ambulatoriale e in DS (Chirurgia Vascolare di concerto con Day Week Surgery, Radiologia, Anestesia)		Al 30/4 verifica esistenza documento Al 30/6, 30/9 e al 31/12 monitoraggio incremento nr prestazioni in regime ambulatoriale di concerto con CCD		
			Progetto interdipartimentale ed interaziendale di collaborazione con Pneumologia, Oncologia, Chirurgia Toracica e Anestesia-Rianimazione per il trattamento ablativo sotto guida TC delle lesioni polmonari		Al 30/6/2017 verifica presentazione del progetto Al 31/12 monitoraggio formazione del personale coinvolto		
			PDTA per invio fratture di femore a Osp Colletta da parte di Ortopedia, RRF, Ass Geriatrica, Cure Intermedie e DMO		Verifica elaborazione PDTA entro 30/4 e attivazione da 1/5		
			Progetto verbale sala operatoria		Verifica prima evidenza luglio 2017, sperimentazione iniziale presso blocco operatorio di chirurgia generale e vascolare di Villa Scassi ed applicazione presso tutte le SS.CC. chirurgiche di Villa Scassi entro dicembre 2017		
			Breast Unit: inserimento dati per la verifica degli indicatori nel programma QT breast		Verifica inserimento dati (Chirurgia generale, Oncologia, Radiologia, Anatomia Patologica, Case Manager) di concerto con Settore Qualità		

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance e Approprietezza	2	Modifica ed integrazione Atto Aziendale, subordinatamente al nuovo impianto organizzativo aziendale definito sulla base del P.O.A. di A.li.sa.	Evidenza modifiche da apportare. Nuovo documento rivisto e corretto di concerto con il Direttore Dip. Giuridico, Direttore SC OSRU e S.C. Pianificazione, programmazione e organizzazione sanitaria		Entro 31/03 prima stesura atto di riorganizzazione aziendale Entro 31/05 seconda stesura nuovo atto aziendale Monitoraggio CCD	15	15
	3	Proposta rimodulazione Posti Letto POU	Evidenza deliberazione		Entro 1/6 proposta di deliberazione	10	5
	4	Monitoraggio e Gestione Audit clinico con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011"	Nr audit effettuati Evidenza relazione finale		100% degli audit effettuati Al 31/12 relazione sulle modalità e i tempi di monitoraggio dei cambiamenti introdotti	10	10
	5	Riorganizzazione SS.OO. Micone	Evidenza piano di riorganizzazione		Riorganizzazione SS.OO. Ospedale Micone alla luce della redistribuzione della day surgery ortopedica sulle sedi aziendali	10	10

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance e Approprietezza	6	Allineamento delle anagrafiche in uso relative alle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e/o riferite ad altro regime consuntivale con quelle di Bilancio e CCD	Tabella di riconciliazione delle prestazioni Tabella aggiornata dei CdC/R		Monitoraggio semestrale andamento equilibrio attività istituzionale/libero professionale	20	20
	7	<b>Carichi di lavoro:</b> Completamento del processo di rilevazione mediante la compilazione delle schede di attività	Rilevazione attività		Entro 22/09/2017 conclusione rilevazione attività <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		5
		<b>Carichi di lavoro:</b> Caricamento delle schede compilate oggetto della rilevazione	Caricamento schede su file excel e relativa trasmissione alla cabina di regia subordinato al rispetto della tempistica da parte di CIAgroup		Entro il mese di ottobre caricamento e trasmissione file contenente schede carichi di lavoro. <b>Monitoraggio cabina di regia (Avv. Arnaldi, Dott. Cingano, Dott.ssa Magro)</b>		
	8	Trasparenza e prevenzione della corruzione - Obiettivi previsti dalla scheda allegata				10	10
						<b>95</b>	<b>95</b>
<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
---	--

<b>Il Direttore f.f.</b> <b>S.C. Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico</b> <b>Dottoressa Marta Caltabellotta</b>
--

Scheda di Budget per AAASDPOU - S.C. DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO  
UNICO al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	3.434,97	0,00	0,00	3.355,80	-3.355,80
DISPOSITIVI MEDICI	13.592,65	0,00	0,00	13.192,80	-13.192,80
ALTRO MATERIALE SANITARIO	6.492,22	0,00	0,00	6.295,20	-6.295,20
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	24.834,31	0,00	0,00	24.106,50	-24.106,50
<b>TOTALE</b>	<b>48.354,15</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>46.950,30</b>	<b>-46.950,30</b>

**Progetto: Obiettivi anticorruzione e trasparenza:S.C. POU**

	<b>Obiettivi assegnati</b>	<b>Indicatori di risultato</b>	<b>Risultati attesi</b>	<b>Note</b>	
1	Aumentare il livello di integrità e di conoscenza della normativa e degli obblighi relativi alla trasparenza amministrativa e della prevenzione della corruzione attraverso la frequentazione di un corso FAD sulla prevenzione della corruzione aggiornato alle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e dal PNA 2016 (ad es. su accesso civico "FOIA")	frequentazione di un corso FAD obbligatorio per tutti i dipendenti amministrativi e tecnici rientranti nelle strutture del Dipartimento. Giorni di ritardo rispetto la data fissata per la registrazione al corso.	Entro il 31 dicembre 2017 conclusione del corso previa registrazione sul portale "moodle" da parte di tutti i dipendenti che appartengono alla struttura	10	10
2	Analisi delle attività svolte dall'ufficio (procedimento/processi), in relazione alle attività di controllo e verifica sulle autorizzazioni allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia ALPI e all'emissione di altri pareri obbligatori di tipo sanitario (ad esempio: sulla valutazione dei volumi di attività, sulla ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'azienda ecc..) Tali attività dovranno essere valutate e sottoposte al trattamento del rischio	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	Entro il 15 ottobre 2017 inviare al RPTC: 1) comunicazione dei nominativi dei coordinatori, dei gruppi di lavoro e delle date degli incontri tenuti per l'aggiornamento della gestione del rischio; 2) la tabella relativa alla gestione del rischio; 3) la tabella sul monitoraggio del rischio e il questionario sul rispetto delle norme contenute nei Piani e nei Codici di Comportamento		
3	Revisione complessiva dell'analisi del rischio in relazione al decesso in ambito ospedaliero, anche sulla base delle eventuali statistiche relative alla ripetitività di una stessa impresa o gruppi di imprese nell'espletamento del servizio funebre all'interno dei reparti/camere mortuarie	1) Rispetto tempistica - trasmissione; 2) giorni di ritardo rispetto alla data fissata.	1) Entro il 30/06 trasmissione al RPCT della tabella della gestione del rischio del processo in oggetto. L'analisi del rischio deve essere condotta tenendo presente le (eventuali) statistiche sulla frequenza delle ditte funebri che svolgono la propria attività all'interno dei reparti; 2) La revisione del trattamento del rischio (parte integrante della gestione del rischio) deve prevedere, x la ditta esterna, il monitoraggio circa l'effettiva rotazione del personale; x il personale interno l'applicazione della rotazione sarà correlata alle statistiche sulle imprese funebri ; 3) Entro il 15 aprile trasmissione a tutto il personale della ditta esterna del Codice di Comportamento (anche attraverso l'invio del link per scaricare il documento)		

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31/12/2016	Risultati attesi Anno 2017	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
						5	5
Performance	1	Supporto alla introduzione del nuovo modello organizzativo della nella Sc Medicina Interna	Utilizzo della documentazione clinica integrata - Il Brefing e il Debriefing		Entro 30/3 100% cartelle multidisciplinari Entro 30/6 Formazione	15	20
	2	Applicazione FMEA/FMECA nel dipartimento chirurgico in collaborazione con UGR	In Chirurgia Generale e Urgenza Verifica Applicazione azioni di miglioramento		Report sull'efficacia delle Azioni di miglioramento individuate nel 2016	5	10
			Identificazione di 2 processi critici in Urologia- Elaborazione di azioni di miglioramento		Inizio percorso di Formazione - Entro il 30/06 elaborazione dei piani di miglioramento al 31/12		
	3	Ambulatori infermieristici per l'assistenza al paziente con BPCO nei Servizi Distrettuali	Formazione del personale		Tutto il Personale dei Distretti sarà formato	10	10
			Avvio degli ambulatori a gestione infermieristica della BPCO (1 amb x DSS)		N Pazienti assistiti		
4	Collaborazione tra SSD Popolazione a Rischio - Dipartimento Immagini - SC Direzione Medica del Presidio Unico finalizzata all' <u>offerta</u> dei test primari di screening del tumore mammario <u>al personale dipendente operativo nei PPOO</u> Sestri P, Villa Scassi, Arenzano, Pontedecimo <u>c/o propria sede di lavoro</u>	Data attivazione progetto		Data attivazione progetto: entro 31 ottobre 2017  Responsabile del monitoraggio: Responsabile SSD popolazione a rischio Dottoressa Ivana Valle	10	5	
5	Collaborazione tra SC Professioni Sanitarie, SSD Popolazione a Rischio, SC Sistemi informativi, SS Medici competenti, SC Direzione Medica del Presidio ospedaliero Unico, SC Cure Primarie, SC Distretti Sanitari, finalizzata alla implementazione dello screening cardiovascolare (valutazione attiva del rischio sul modello degli screening di popolazione) per la prevenzione delle malattie cardiovascolari del personale dipendente della ASL3 in età 45 – 59 anni	Numero inviti a screening -Eventi formativi sugli stili di vita salutari rivolti ai lavoratori della ASL3		realizzazione della attività di screening in almeno due sedi Operative - realizzazione eventi formativi sugli stili di vita salutari rivolti ai lavoratori della ASL 3	15	10	

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

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31/12/2016	Risultati attesi Anno 2017	Peso Dirigenza	Peso Comparto
Performance/Appropriatezza	6	Organizzare e coordinare gli audit clinici sui temi concordati in collaborazione con UGR e con le modalità previste dal Manuale Ministeriale "Audit Clinico" 2011	Rispetto cronoprogramma Riduzione criticità evidenziate da UGR		Entro il 30/04 Formalizzazione dei temi con UGR Entro 31/12 risoluzione criticità evidenziate Monitoraggio UGR	10	10
	7	Supporto alle SS.CC. all'utilizzo delle <b>Best Practice</b> per tutte le Professioni Sanitarie	Revisione BP		Partecipazione agli incontri previsti (min 3 anno) Entro 30/12 presentazione delle procedure revisionate e pubblicazione sul sito aziendale	10	10
	8	Piano aziendale della Prevenzione: attuazione degli interventi previsti per il setting lavorativo, in collaborazione con Dip Prevenzione, Dip Cardiologia, SeRT, Dietologia	Numero corsi/Numero operatori formati		Almeno nr 2 incontri per ogni azione prevista da PAP Formazione degli operatori sanitari su fumo, alcool, alimentazione, attività fisica e contrasto alla sedentarietà Entro 30/9 1°edizione Entro 31/12 2°edizione	10	10
	9	Realizzazione e diffusione di un "House Organ" Aziendale rivolto al cliente interno (prevalentemente alle Professioni Sanitarie), come strumento di comunicazione e per la valorizzazione delle potenzialità presenti in Azienda	N. di edizioni annuali dell'"House Organ" % di diffusione ai dipendenti ASL attraverso e-mail aziendale		Entro 30/6 Costituzione gruppo di lavoro e realizzazione di nr 1 edizione Diffusione al 100% dei dipendenti ASL dotati di e-mail aziendale. Entro il 30/9 realizzazione di 2 edizioni.	10	10
	10	Riorganizzazione risorse umane	Presentazione almeno nr 2 progetti riorganizzazione		Entro 30/6 presentazione 1°progetto Entro 31/12 presentazione 2°progetto	5	5
						<b>95</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>						<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	--	--	--	--	--	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> <b>Dott. Paolo Cavagnaro</b>	<b>Il Direttore Generale</b> <b>Dott. Luigi Carlo Bottaro</b>
Data	

<b>Professioni Sanitarie</b> <b>Dottoressa Catia Maura Bonvento</b>
--

Scheda di Budget per AAASPSAN - S.C. PROFESSIONI SANITARIE al mese di dicembre 2017



CONTI GRUPPO 120 - 125	Consumato a dicembre 2016	Consumato a dicembre 2017	Proiezione 2017	Pre-Budget anno 2017	Delta Proiezione / Budget
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	126,16	0,00	0,00	122,40	-122,40
DISPOSITIVI MEDICI	12.546,49	0,00	0,00	12.169,68	-12.169,68
ALTRO MATERIALE SANITARIO	517,35	0,00	0,00	501,60	-501,60
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	1.780,37	0,00	0,00	1.727,22	-1.727,22
<b>TOTALE</b>	<b>14.970,37</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>14.520,90</b>	<b>-14.520,90</b>

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

### S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria

Direttore Dottore Guido Di Vito

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Efficienza	1	Ottimizzazione costi diretti gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2016	Riduzione 3% consumato di Beni sanitari e non sanitari rispetto anno 2016.		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2017. Monitoraggio andamento costi al 30/06/2017 Report CCD	5	5
						5	5
Performance		Adempimenti relativi al mantenimento certificazione (secondo norma ISO di riferimento, 9001 - 14001)	Conseguimento Certificazione		Mantenimento del Certificato per ISO 9001 e 14001 per le Strutture ad oggi certificate(compreso percorso Breast Unit)	10	15
		Modifica ed integrazione Atto Aziendale, subordinatamente al nuovo impianto organizzativo aziendale definito sulla base del P.O.A. di A.li.sa.	Evidenza modifiche da apportare. Nuovo documento rivisto e corretto di concerto con il Direttore Dip. Giuridico, S.C. S.C. Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane e Staff della Direzione Sanitaria		Entro 31/03 prima stesura atto di riorganizzazione aziendale ed invio Direzione Strategica Entro 31/05 seconda stesura nuovo atto aziendale ed invio Direzione Strategica Monitoraggio CCD	15	
		predisposizione della documentazione finalizzata alla certificazione secondo norma ISO 9001/2008 di nuove strutture/percorsi aziendali : SSD Ingegneria linica - UFA-SSD Cure palliative	Evidenza dell'individuazione dei processi da sottoporre a certificazione per le strutture citate		entro Dicembre 2017 implementazione sistema gestione qualita aziendale finalizzata alla certificazione delle strutture citate	15	15
		Adempimenti relativi alla presentazione di 15 nuove istanze volte all'ottenimento dell'autorizzazione sanitaria per le strutture aziendali relativamente agli aspetti di competenza della S.C. - Implementazione delle istanze presentate precedentemente	Deposito istanze presso i Comuni competenti		presentazione di 15 nuove istanze e monitoraggio sistema	10	20
		Adempimenti relativi al rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale, subordinatamente alle indicazioni specifiche in materia da parte della Regione	Delibera regionale di rinnovo accreditamento per le strutture ospedaliere e territoriali		Rinnovo accreditamento istituzionale ospedale territorio	10	20

## SCHEDA DI BUDGET ANNO 2017

### S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria

**Direttore Dottore Guido Di Vito**

Area	n°	Obiettivi assegnati	Indicatore di risultato	Monitoraggio al 31 dicembre 2016	Risultati attesi anno 2017 Fonte e Responsabile del monitoraggio	Punti dirigenza	Punti comparto
Performance		Assegnazione Incarichi Professionali	Conferimento degli incarichi professionali dirigenziali, secondo le priorità e le indicazioni fornite dalla Direzione in collaborazione con la S.C. OSRU		Entro 31/12/2017, di concerto con SC OSRU: Conferimento degli incarichi professionali dirigenziali, secondo le priorità e le indicazioni fornite dalla Direzione.	10	10
		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	15	15
		Partecipazione alla predisposizione ed alla gestione dei processi di budget per le strutture sanitarie ( In collaborazione con il CCD)	Tempistica di chiusura fase del processo di budget relativa alla contrattazione con le Strutture		entro il 30 aprile 2017	10	0
						<b>95</b>	<b>95</b>

<b>TOTALE SCHEDA DI BUDGET</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
--------------------------------	------------	------------

<b>Il Direttore Sanitario</b> Dott. Paolo Cavagnaro	<b>Il Direttore Generale</b> Dott. Luigi Carlo Bottaro
--	---

<b>Il Direttore</b> <b>S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria</b> <b>Dottore Guido Di Vito</b>
---

Scheda di Budget per AAASPPoS - S.C. PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE ED  
ORGANIZZAZIONE SANITARIA al mese di dicembre 2017



<b>CONTI GRUPPO 120 - 125</b>	<b>Consumato a dicembre 2016</b>	<b>Consumato a dicembre 2017</b>	<b>Proiezione 2017</b>	<b>Pre-Budget anno 2017</b>	<b>Delta Proiezione / Budget</b>
ACQUISTO PRODOTTI NON SANITARI	657,98	0,00	0,00	637,67	-637,67
<b>TOTALE</b>	<b>657,98</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>637,67</b>	<b>-637,67</b>