

DELIBERAZIONE N. 314 DEL 30 GIU. 2017

OGGETTO: Approvazione “Relazione sulla Performance aziendale Anno 2016”.

IL DIRETTORE GENERALE

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

Dato atto che Asl 3 ha provveduto, con deliberazione 440 del 29.06.2016, all’approvazione del Piano della Performance per il triennio 2016-2018;

Dato atto, altresì, che il suddetto Piano prevede una rendicontazione annuale del raggiungimento degli obiettivi fissati da effettuarsi mediante l’elaborazione della “Relazione sulla Performance”, coerentemente con quanto esposto nella Delibera CIVIT n. 5/2012 “Linee guida ai sensi dell’art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relativa alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all’art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto;

Preso atto che l’art. 10 del D.Lgs n. 150/2009 stabilisce che le amministrazioni pubbliche adottino, entro il 30 giugno, un documento denominato “Relazione sulla Performance” che evidenzi, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato;

Rilevato che l’Azienda ha provveduto ad elaborare la suddetta Relazione che comprende una serie di paragrafi dedicati: all’illustrazione del sistema incentivante, all’attuazione del ciclo di gestione della Performance Aziendale, al percorso di valutazione della performance individuale e al collegamento tra piano performance e P.T.P.C. (Piano Trasparenza e Prevenzione Corruzione) anno 2016;

Considerato che, fanno parte della relazione de qua i seguenti allegati tecnici: 1) Rendicontazione obiettivi, 2) Rendicontazione obiettivi “Area Efficienza”, 3) Rendicontazione obiettivo “Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015” e 4) Modello LA 2016;

Dato atto, altresì, che la suddetta relazione si è provveduto ad inviarla al Nucleo Aziendale di Valutazione (N.A.V), costituito ai sensi della deliberazione del Direttore Generale n. 905 del 22.12.2016, per gli adempimenti di competenza, ai sensi di quanto stabilito dall’art. 14, comma 4, lett. C) del D.Lgs. n. 150/2009;



Preso atto del Documento di Validazione della Relazione della Performance Aziendale Anno 2016 rilasciato dal N.A.V., prot. N. 91566 del 30/06/2017;

Ritenuto pertanto necessario approvare la Relazione della Performance Aziendale Anno 2016 e il relativo sopracitato Documento di Validazione rilasciato dal N.A.V.;

Considerato che, in applicazione dell'art.11, comma 3 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, corre l'obbligo per la pubblica amministrazione di pubblicazione della Relazione della Performance Anno 2016 e del Documento di Validazione rilasciato dal N.A.V. in apposita sezione del proprio sito istituzionale;

Su parere conforme del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

1. di adottare il documento denominato "Relazione sulla Performance Aziendale Anno 2016", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di prendere atto del "Documento di Validazione della Relazione sulla Performance Aziendale Anno 2016" rilasciato dal Nucleo Aziendale di Valutazione, prot. N. 91566 del 30/06/2017, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di pubblicare i suddetti documenti nel sito istituzionale aziendale nell'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente";
4. di dare atto che i contenuti della presente deliberazione saranno oggetto di informazione ai soggetti interni ed esterni di riferimento;
5. di dare atto altresì che la presente deliberazione è composta da 2 pagine e 2 allegati, il primo denominato "Relazione Performance Anno 2016" composto di 162 pagine ed il secondo denominato "Documento di Validazione della Relazione sulla Performance Aziendale Anno 2016" composto di 1 pagina.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dottore Luigi Carlo BOTTARO)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Avvocato Luigi BERTORELLO)

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

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dottore Paolo CAVAGNARO)

Pubblicata all'Albo dalla data

del 30 GIU. 2017

Il Responsabile

Il Direttore Generale

☎ Tel. 010 8497716

☎ Fax 010 8497706

✉ direzione.generale@asl3.liguria.it

Genova, li 27/06/2017

Prot. n° 90165

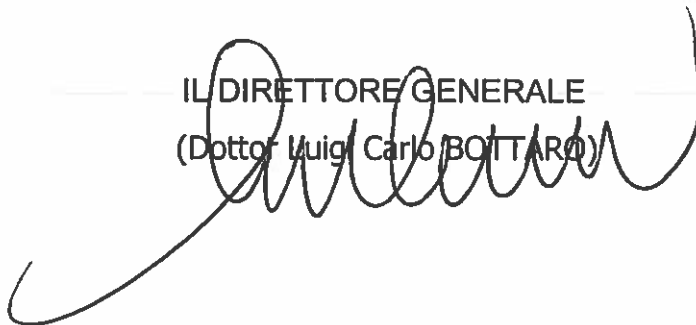
Al
Nucleo di Valutazione AziendaleDottore Gaddo Flego
Professor Giancarlo Icardi
Dottoressa Roberta Serena**Oggetto:** Relazione Performance Anno 2016.

Si invia relazione sulla Performance Aziendale Anno 2016 per gli adempimenti di competenza, ai sensi di quanto stabilito dall'art. 14, comma 4, lett. C) del D.Lgs. n. 150/2009.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dottor Luigi Carlo BOTTARO)

Responsabile del Procedimento
Dottor Stefano Grego
Tel. 010849 7612-7804-7817-7822
Fax 010849 7800
Email: ccd@asl3.liguria.it

RELAZIONE PERFORMANCE

ANNO 2016

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SISTEMA INCENTIVANTE ANNO 2016.....	4
3. RENDICONTAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE ANNO 2016	6
4. RENDICONTAZIONE PIANO PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNO 2016.....	8
5. COLLEGAMENTO TRA PIANO PERFORMANCE E P.T.P.C. (PIANO TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE) ANNO 2016	10
6. CONCLUSIONI	11

ALLEGATI TECNICI:

- allegato 1) Rendicontazione obiettivi
- allegato 2) Rendicontazione obiettivi "Area Efficienza"
- allegato 3) Rendicontazione obiettivo "Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015"
- allegato 4) Modello LA 2016
-

1. PREMESSA

Con deliberazione 440 del 29.06.2016 è stato adottato il Piano della Performance per il triennio 2016-2018.

Il piano comprende, una parte, dedicata al coordinamento tra Trasparenza e Performance, oltre ad una parte dedicata all'attuazione del ciclo di gestione e valutazione della Performance Aziendale ed Individuale con relativa illustrazione del sistema premiante.

Relativamente all'anno 2016, contiene gli obiettivi di cui:

- alle schede di Budget 2016, concordate e firmate con i Direttori delle strutture organizzative aziendali, approvate con Deliberazione nr. 348 del 30.05.2016, in quanto gli obiettivi strategici di breve periodo sono stati resi operativi declinandoli in obiettivi di struttura organizzativa;
- alla D.G.R. 486 del 27/06/2016 con la quale Regione Liguria ha emanato gli indirizzi e le direttive, relativamente all'anno 2016, per le Aziende Sanitarie, IRCCS e erogatori pubblici o equiparati;
- alla D.G.R. 161 del 26/02/2016 con la quale la Regione Liguria ha fissato gli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2016.

Il Piano prevede una rendicontazione annuale del raggiungimento degli obiettivi fissati da effettuarsi mediante l'elaborazione della "Relazione sulla Performance", coerentemente con quanto esposto nella Delibera CIVIT n. 5/2012 "Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto.

L'Azienda pertanto ha elaborato la presente Relazione che comprende una serie di paragrafi dedicati: all'illustrazione del sistema incentivante, all'attuazione del ciclo di gestione della Performance Aziendale, al percorso di valutazione della performance individuale e al collegamento tra piano performance e P.T.P.C. (Piano Trasparenza e Prevenzione Corruzione) anno 2016.

La Relazione è inviata al Nucleo di Valutazione Aziendale per la sua validazione, ai sensi di quanto previsto dall'art 14, comma 4, lett. C) e sarà pubblicata, in applicazione dell'art.11, comma 8 nella sezione denominata "Trasparenza" del proprio sito istituzionale.

2. SISTEMA INCENTIVANTE ANNO 2016

Per l'anno 2016 è stato definito un sistema incentivante, sottoscritto dalle OO.SS. della dirigenza e del comparto, che ha messo in relazione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009, il sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale definito dal percorso di budget, il sistema di misurazione e di valutazione della performance individuale.

Di seguito si procede a descrivere il sistema incentivante, distintamente per il personale della dirigenza e per il personale del comparto.

Personale Dirigente

La suddivisione del fondo di retribuzione di risultato per l'anno 2016 è stata prevista con la seguente ripartizione:

- 90% destinato alle performance organizzativa ed individuale,
- 10% destinato a progetti strategici aziendali.

La quota relativa alla performance organizzativa ed individuale è stata ripartita secondo le seguenti modalità:

- 70% grado di conseguimento degli obiettivi di budget assegnati;
- 30% valutazione professionale/comportamentale/obiettivi individuali.

Il fondo di retribuzione di risultato destinato alla performance organizzativa, ovvero al raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza, è stato attribuito, in analogia con l'anno 2015, con i seguenti criteri:

- punteggio scheda di budget compreso tra 100 e 90: quota da erogare uguale a 100%;
- punteggio scheda di budget compreso tra 89 e 70: quota da erogare uguale al 89%;
- punteggio scheda di budget inferiore a 69: nessuna quota da erogare.

Il fondo di retribuzione destinato alla performance individuale è rapportata al punteggio ottenuto con la valutazione della scheda individuale, secondo i seguenti parametri:

- punteggio scheda individuale da 105 a 85: quota da erogare pari al 100%;
- punteggio scheda individuale da 84 a 63: quota da erogare pari al 80%;
- punteggio scheda individuale da 62 a 0: quota da erogare pari a 0.

Personale Comparto

La suddivisione del Fondo della Produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali per il 2016 è avvenuta secondo i seguenti parametri:

- 88% performance organizzativa legata alle schede di budget e performance individuale;
- 10% progetti annuali storici;
- 2% progetti strategici Direzione Generale.

Il Fondo relativo alla performance organizzativa – individuale è stato ripartito secondo le seguenti modalità:

- 80% legato al grado di conseguimento degli obiettivi di budget assegnati;
- 20% legato alla valutazione delle competenze e dei comportamenti generali individuali.

La quota incentivante relativa alla performance organizzativa è rapportata alle risultanze del raggiungimento degli obiettivi della scheda di budget secondo i seguenti parametri:

- punteggio compreso tra 100 e 65: quota da erogare uguale a 100%;
- punteggio compreso tra 64 e 50: quota da erogare uguale al 79%;
- punteggio inferiore a 50: nessuna quota da erogare.

La quota incentivante relativa alla valutazione individuale è rapportata al punteggio ottenuto con la valutazione della scheda individuale secondo i seguenti parametri:

- punteggio da 50 a 36: quota incentivante da erogare pari al 100%;
- punteggio da 35 a 20: quota percentuale da erogare pari al 80%;
- punteggio da 19 a 0: quota da erogare pari a 0.

3. RENDICONTAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE ANNO 2016

Il Piano della Performance Annuale 2016 è perfettamente coincidente con il Processo Aziendale di Budget 2016, in quanto in quest'ultimo gli obiettivi strategici di breve periodo sono stati resi operativi declinandoli in obiettivi di struttura organizzativa.

La A.S.L. 3 Genovese ha adottato, da diversi anni, la metodologia del processo di budget per valutare la performance complessiva delle strutture organizzative aziendali.

A decorrere dal mese di gennaio, si sono svolti gli incontri di budget 2016 con la partecipazione della Direzione Aziendale, dei Direttori dei Dipartimenti, delle SS.CC./SS.SS.DD. e dei Titolari di posizione organizzativa.

Gli obiettivi, concordati e condivisi in sede di discussione di budget, sono stati formalizzati per singola struttura organizzativa nelle schede di budget 2016 che, firmate e sottoscritte, sono state, via via, pubblicate nell'intranet aziendale nella pagina dedicata.

Con Deliberazione n. 348 del 30 maggio 2016 sono state approvate le "Linee guida Aziendali Budget 2016" e le "Schede di budget Anno 2016" e con Deliberazione n. 439 del 29 giugno 2016, è stato approvato il budget di spesa per l'anno 2016 a disposizione dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici Dipartimentali, come già concordati ed esplicitati nelle schede di budget.

Nel corso dell'anno, il Centro di Controllo Direzionale ha costantemente monitorato e verificato l'andamento delle attività e dei costi, mettendone le risultanze a disposizione degli interessati.

Il portale di Business Intelligence SpagoBI, strumento per la raccolta automatizzata ed integrata dei dati derivanti da sistemi amministrativi-economici e di gestione delle risorse umane consente alle strutture organizzative aziendali di accedere in modo autonomo alle informazioni di loro competenza. In particolare, accedendo via web al portale gli utenti dotati di password hanno, in tempo reale, a disposizione analisi periodiche pianificate quali, tra le altre, Budget per consumato, Conto Economico, Dotazione personale, etc.

Lo stesso consente ai Direttori di struttura ed ai coordinatori infermieristici/ tecnici/ amministrativi di monitorare e controllare come e quante risorse sono utilizzate all'interno della propria struttura.

Parallelamente il CCD ha proseguito l'attività, in collaborazione con l'Ufficio Flussi Aziendale, di standardizzazione del datawarehouse aziendale (DWH), lo strumento informatico finalizzato alla consultazione ed elaborazione dei dati di carattere sanitario e composto da più aree tematiche (Anziani, Ospedale, Consultorio, Disabili, Protesica, Ricoveri e Specialistica Ambulatoriale) relative all'assistenza erogata dalle strutture organizzative di A.S.L. 3. Inoltre, relativamente all'Area Ospedale è presente l'attività svolta dalle Aziende Sanitarie Liguri a favore di cittadini residenti nel territorio di A.S.L. 3.

Il DWH è alimentato dalle diverse procedure informatiche utilizzate in Azienda e contiene una serie infinita di informazioni sulle prestazioni che l'Azienda fornisce al singolo cittadino;

è una fonte di informazione unica che necessita però di una costante attività di analisi e di sistematizzazione del dato.

In osmosi con il processo di budget, così come già descritto nella premessa, si è sviluppato il Ciclo della Performance.

La valutazione finale del percorso di budget 2016, strettamente connesso alla performance organizzativa, ha determinato, su un totale di 106 strutture tra Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali, oggetto di scheda di budget, la seguente situazione:

% strutture con punteggio scheda di budget compresa tra 90 e 100	92,5 %
% strutture con punteggio scheda di budget compresa tra 89 e 70	5,7 %
% strutture con punteggio scheda di budget uguale e/o inferiore a 69	1,9%

pertanto, con una ottima performance aziendale complessiva.

Negli allegati 1), 2) e 3) si provvede alla rendicontazione degli obiettivi operativi fissati nel Piano della Performance con riferimento ai target per l'anno 2016.

4. RENDICONTAZIONE PIANO PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNO 2016

Nel presente paragrafo sono illustrati i sistemi di valutazione adottati in Azienda per l'anno 2016 per il personale del comparto e per il personale della dirigenza.

Personale Dirigente

A fine anno 2012 l'azienda si era dotata del Regolamento per la valutazione della Dirigenza, approvato con deliberazione n. 1015/2012.

Il sistema di verifica e valutazione del personale Dirigente, così come delineato dal Regolamento, si articola in:

- Valutazione professionale/comportamentale/obiettivi individuali, nei riguardi di tutto il personale dirigente in relazione ai comportamenti professionali dimostrati secondo il giudizio espresso da parte del valutatore di prima istanza e di seconda istanza da parte del Collegio Tecnico.
- Valutazione dei risultati di gestione, nei confronti dei soli dirigenti responsabili di dipartimento, di struttura complessa o semplice dipartimentale dotata di budget autonomo, in relazione alle capacità gestionali/manageriali, da parte del superiore gerarchico nello svolgimento dell'incarico e, in seconda istanza, da parte del Nucleo di Valutazione.
- Valutazione e verifica dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, da parte dei Nucleo di Valutazione.

La metodologia applicata è incentrata sull'uso di apposite schede, allegate al Regolamento, concepite per esprimere i giudizi su tutti i possibili elementi da valutare e che prevedono la delimitazione di un certo numero di aree di esame e, all'interno di queste, specifici item.

Con l'anno 2016, pertanto, si è data continuazione al percorso di valutazione di tutto il personale Dirigente, pari a circa 850 unità.

Le proposte di valutazione di prima istanza sono state effettuate dai Dirigenti sovraordinati nei termini e principi di cui all'art. 2 del Regolamento, utilizzando le schede adottate che sono state restituite.

Rispetto alla valutazione individuale la situazione finale per l'anno 2016 risulta la seguente:

Fascia Punteggio	% personale inserito nella fascia
Da 105 a 85	92,57 %
Da 84 a 63	7,43 %
Da 62 a 0	0,00 %

Per quanto concerne la valutazione dei risultati di gestione per l'anno 2016, nei confronti dei soli dirigenti responsabili di dipartimento, di struttura complessa o semplice dipartimentale dotata di budget autonomo, in relazione alle capacità gestionali/manageriali, il Nucleo di Valutazione, in base all'esame degli esiti della valutazione di prima istanza e dei risultati della scheda di "budget", ha effettuato la valutazione di seconda istanza. La valutazione di ciascun dirigente si è conclusa con un giudizio sintetico (Positivo o Negativo) registrato in apposito verbale.

Personale di Comparto

In ottemperanza alle disposizioni normative nazionali (D.Lgs. 150/2009) e contrattuali l'Azienda in corso d'anno ha dato continuazione al processo di valutazione individuale, che ha interessato tutto il personale del comparto (circa 4.000 unità) sulla base del regolamento per la "Valutazione permanente individuale del personale di comparto", adottato con Deliberazione n. 372 del 25.6.2013 e successivamente modificato con Deliberazione n. 196 del 18.3.2015.

Con il sopracitato Regolamento si era dato avvio alla procedura di valutazione individuale del Comparto, prevedendo gli strumenti operativi necessari ai valutatori ed ai valutati al fine dell'espletamento del percorso valutativo, quali: scheda di valutazione individuale; programma formazione valutatori; feedback sul valutatore; modulo procedura di conciliazione; verbale di illustrazione e descrizione scheda di valutazione e indicatori.

La valutazione si è svolta per tutti in via informatica attraverso la piattaforma informatizzata dedicata alla gestione automatizzata del processo valutativo del comparto, all'interno della Intranet aziendale.

Rispetto alla valutazione individuale la situazione finale per l'anno 2016 risulta la seguente:

Fascia Punteggio	% personale inserito nella fascia
Da 50 a 36	99,56 %
Da 35 a 20	0,41 %
Da 19 a 0	0,03 %

5. COLLEGAMENTO TRA PIANO PERFORMANCE E P.T.P.C. (PIANO TRASPARENZA E PREVENZIONE CORRUZIONE) ANNO 2016

Il collegamento si è realizzato attraverso la valorizzazione della trasparenza e l’inserimento nel ciclo della Performance di obiettivi strategici relativi alla prevenzione della corruzione.

All’interno del ciclo della Performance 2016, è stato inserito un obiettivo, comprensivo di indicatori e di target, assegnato ai Direttori di Dipartimento (che risultano essere anche Referenti Aziendali della Prevenzione della Corruzione) e riguardante l’attuazione del neocostituito sistema di monitoraggio del P.T.P.C. (comprensivo del processo del rischio), del P.T.T.I. e del Codice di Comportamento.

Di seguito si elencano gli obiettivi P.T.P.C. programmati e raggiunti complessivamente dall’Azienda nel 2016:

<u>ATTIVITA'</u>	<u>TIPOLOGIA</u>	<u>CONCLUSIONE</u>
Estensione nella mappatura dei procedimenti da parte di strutture precedentemente escluse. Pubblicazione in Amministrazione Trasparente	Gestione del rischio	I semestre 2016
Accreditamento corso di formazione FAD	Formazione	I semestre 2016
Aggiornamento link modulistica sez "Attività e procedimenti"	Trasparenza	2016
Introduzione del monitoraggio sui rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti ex lett. e) c. 9 art. 1 L. n. 190/2012	Prevenzione della corruzione	2016
Affinamento del processo sul trattamento del rischio 2014 aggiornandolo e, se del caso, individuando nuove "misure ulteriori"	Gestione del rischio	2016
Coinvolgimento di nuove strutture nell'analisi e nella valutazione del rischio	Gestione del rischio	2016
Individuazione delle sotto - sezioni di competenza delle varie strutture aziendali e del personale addetto alla trasmissione dei documenti per la pubblicazione	Trasparenza	2016

6. CONCLUSIONI

Dalla rendicontazione degli obiettivi del Piano della Performance per l'anno 2016 emerge una buona tenuta delle strutture aziendali alle performance prefissate, con la quasi totalità dei target raggiunti. Si sono manifestate criticità su alcuni obiettivi per i quali sono stati determinanti fattori esterni che ne hanno impedito il completo raggiungimento soprattutto da parte delle strutture organizzative ospedaliere (pazienti fragili e anziani, poca ricettività strutture extraospedaliere, parziale integrazione con le aziende ospedaliere dell'area metropolitana...).

Occorre ricordare che, per l'anno 2016, l'Azienda ha rispettato il budget economico assegnato da Regione Liguria e che l'azienda ha mantenuto i livelli di assistenza ai cittadini residenti sul proprio territorio.

A completamento di quanto illustrato nella presente relazione e ai fini della completa correlazione degli obiettivi alle risorse disponibili, si allega il Modello LA 2016 con la rilevazione dei costi per livelli essenziali di assistenza.



Il Direttore Generale
Dottore Luigi Carlo Bottato

AREA OSPEDALIERA

Dipartimenti Ospedalieri		Cardiologia, Chirurgie, Emergenza e Accettazione, Immagini, Materno Infantile, Medicina, Patologia Clinica, Specialità Mediche, Testa collo
AREA		Efficienza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2015 (tutte le SSCC)
INDICATORE		Consumato Beni sanitari e non sanitari
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Vedi allegato n. 2
Obiettivo operativo	Dirigenza	Miglioramento dell'andamento gestionale (tutte le SSCC)
INDICATORE		Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)
TARGET 2016		Miglioramento del rapporto Anno 2015. Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Vedi allegato n. 2
Obiettivo operativo	Dirigenza	Aderenza al percorso aziendale prescrittivo autorizzativo in materia di dispositivi protesici (SSD Chirurgia del piede)
INDICATORE		Nr autorizzazioni esterne. Importo autorizzato
TARGET 2016		Mantenimento spesa protesica esterna Anno 2015, in rapporto al nr. pz seguiti in ambulatorio. Relazione Coordinatore Aziendale Protesica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Anno 2015 Nr autorizzazioni : 440 Importo: €. 122.214,88 Anno 2016 Nr autorizzazioni : 478 Importo: €. 135.171,66 Obiettivo non raggiunto ☹

AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Adempimenti relativi al mantenimento certificazione (secondo norma ISO 9001) e al rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale (tutte le SC)
INDICATORE		Aggiornamento documentazione di sistema ai sensi della normativa cogente in materia di accreditamento e secondo norma ISO 9001
TARGET 2016		Entro 30/4 (per Strutture certificate) Entro 30/06 in conformità a quanto previsto dai requisiti per l'accreditamento istituzionale aggiornamento della documentazione di sistema da parte dei Referenti. Qualità/ Accredimento della S.C. Monitoraggio Settore Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione SC P.P.O. : la Struttura ha provveduto nel corso del 2016 a mantenere aggiornata la documentazione delle singole strutture, in quanto era in previsione una verifica entro l'anno da parte di A.Li.Sa. La scelta di revisionare il manuale da parte dell' Agenzia ha plausibilmente determinato un ritardo rispetto a quanto prestabilito. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Azioni relative alla comunicazione istituzionale (tutte le SC)
INDICATORE		Aggiornamento/ implementazione specifiche sezioni sito aziendale
TARGET 2016		Entro 30/4 Verifica sezione sito dedicata e contestuale comunicazione al Settore Comunicazione (redazione Sito) da parte dei Referenti della S.C. Entro 30/10 Comunicazione di conformità del sito al Settore Comunicazione. Monitoraggio Settore Comunicazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione SC P.P.O. :A tutte le strutture aziendali coinvolte a far data dal 10/3/2016 è stato inviato il format della nuova Carta dei Servizi al fine di omogeneizzare le modalità di illustrazione delle attività. Con email del 31/12/2016 il settore Comunicazione ha provveduto all'aggiornamento della carta dei Servizi di tutte le strutture supervisionate dal settore Qualità afferente alla S.C. P.P.O. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	PDTA formulato nel 2015: applicazione, misurazione degli indicatori ed eventuale revisione in un'ottica di processo di miglioramento continuo. (tutte le SC)
INDICATORE		Evidenza dell'applicazione del PDTA in itinere su pazienti presi in carico
TARGET 2016		Entro 30/06 applicazione PDTA al 100% pazienti presi in carico Monitoraggio POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione POU: Documentazione disponibile agli atti Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Applicazione procedura "Consenso informato" (tutte le strutture afferenti i Dipartimenti di: Cardiologia, Chirurgie, Emergenza e Accettazione, Medicina, Specialità Mediche e Testa e Collo, SSD Medicina Nucleare e S.C. Laboratorio Analisi)
INDICATORE		Nr cartelle con consenso informato/Tot cartelle
TARGET 2016		Verifica a campione: consenso informato per il 100% delle cartelle in esame. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione SC POU: consenso informato presente nel 100% cartelle esaminate. Documentazione disponibile agli atti conservata presso DMO Villa Scassi. Obiettivo raggiunto ☺
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione POU: Documentazione disponibile agli atti Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gestione Audit clinico sul tema "Dolore" con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011" (tutte le strutture dei Dipartimenti di: Cardiologia, Chirurgie, Emergenza e Accettazione, Medicina, Testa e Collo e S.C. Nefrologia, S.C. Pneumologia, S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale)
INDICATORE		Evidenza implementazione attività legate al trattamento del dolore
TARGET 2016		Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, azioni di miglioramento concordate, grado di implementazione raggiunto. Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione conclusiva Responsabili Scientifici corso Audit Clinico pubblicata sulla Intranet Aziendale. Documentazione disponibile agli atti conservata presso Segreteria UGR Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gestione Audit clinico sul tema concordato con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011" (SC Neonatologia, SC Ostetricia e Ginecologia, S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche, SC Reumatologia, S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino, S.C. Radiologia Villa Scassi, S.S.D. Radiologia Territorio, SSD Medicina Nucleare, S.C. Anatomia Patologica, S.C. Laboratorio Analisi e S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale)
INDICATORE		Entro 30/3 evidenza argomento definito per lo sviluppo dell'audit clinico. Relazione finale
TARGET 2016		Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, criticità evidenziate, azioni correttive proposte. Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione conclusiva Responsabili Scientifici corso Audit Clinico pubblicata sulla Intranet Aziendale. Documentazione disponibile agli atti conservata presso Segreteria UGR Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2014 (tutte le SC)
INDICATORE		Raggiungimento indicatori di attività monitorati
TARGET 2016		Raggiungimento valori attesi, diverso a seconda della Struttura Ospedaliera analizzata: avvicinamento agli standard liguri
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Vedi allegato n. 3
Obiettivo operativo	Dirigenza	Miglioramento performance strutture Villa Scassi, Gallino e Micone rispetto ad indicatori Anno 2015 (SC Medicina Interna)
INDICATORE		Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata
TARGET 2016		Raggiungimento valori attesi di cui alle tabelle allegate
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Vedi allegato n. 3
Obiettivo operativo	Dirigenza	Miglioramento del percorso del paziente affetto da scompenso cardiaco (S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio e S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi, Direttore Dip. Cardiologia, Direttore Dip. Medicina)
INDICATORE		Evidenza accordo operativo Dip. Medicina e Dipartimento Cardiologia. Attivazione ambulatorio. Nr prestazioni a favore pazienti cardiologici scompensati
TARGET 2016		Entro 31/3 protocollo operativo tra Dip. Medicina e Dip Cardiologia. Entro 1/6 attivazione ambulatorio. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi , a partire dal 1/6 si sono attivati e sono ad oggi attivi 1 amb a sestri 1 amb a nervi 1 amb a villa de mari 1 amb a pontex ed altre sedi verranno attivate a breve. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio e Direttore Dip. Cardiologia e Medicina: Evidenza protocollo Apertura ambulatorio Dott.ssa Morone Dott.sa Flego per la gestione delle comorbidità internistiche del pz affetto da scompenso cardiaco. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Attivazione trasmissione digitale tracciati elettrocardiografici tramite connessione informatica con i centri territoriali e gli studi di medicina generale, di concerto con SC SIA e SSD Ingegneria Clinica (S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio)
INDICATORE		Verifica ed estensione apparecchiature e supporti digitali di ricezione e invio ad altre sedi della SC Cardiologia e a studi di medicina generale organizzati in medicina di gruppo Nr referti digitali/Nr referti totali
TARGET 2016		Entro 30/6 validazione procedura di trasmissione tracciati elettrocardiografici presso le diverse sedi Entro 30/9 almeno il 50% di referti emessi in formato digitale Monitoraggio SC SIA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione a firma congiunta Direttore Dipartimento/Direttore SC SIA/Responsabile SSD Ingegneria Clinica. A causa di criticità relative a problemi informatici derivanti da modifiche del programma per la trasmissione al CIS-PACS, non è stato possibile rispettare pienamente i tempi assegnati all'obiettivo stesso; si è provveduto alla installazione di nuovi ECG presso gli ambulatori (75) e presso 15 studi MMG sperimentali ed alla validazione della procedura informatizzata di prenotazione e refertazione ECG. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Effettuazione di dimissione protetta con contatto telefonico diretto con MMG curante o con appuntamento presso ambulatorio territoriale specialistico (SSD Cardiologia Riabilitativa)
INDICATORE		% pazienti con dimissione protetta
TARGET 2016		100% pazienti con EF<30% 50% pazienti se residenti ASL 3 Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		totale pz ASL 3 assistiti 297 pz ASL 3 con dimissione protette 178 percentuale con dimissioni protette ASL 3= 59,9 % Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	<p>1) Pazienti con infarto miocardico con sopraslivellamento (STEMI) trattati con angioplastica entro 48 ore</p> <p>2) Pazienti con infarto miocardico senza sopraslivellamento (NSTEMI) trattati con angioplastica entro 48 ore</p> <p>3) Mantenimento di adeguati tempi di trattamento nell'infarto miocardico con sopraslivellamento (STEMI) (S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi)</p>
INDICATORE		1) e 2) % paz trattati 3) % pz con diagnosi ecg trattati entro 60 minuti door to balloon
TARGET 2016		<p>1) > 75%</p> <p>2) per Villa Scassi = > 35%</p> <p>3) Mantenimento/incremento</p>
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>1) e 2) percentuale di pazienti con infarto STEMI e NSTEMI trattati con angioplastica entro 48 ore valore di 61,6%</p> <p>3) Nel 2016, 147 pazienti sono stati trattati con angioplastica nelle prime 12 ore dell'infarto STEMI. Il tempo door-to-balloon è stato (mediana) 38 minuti (quartili 28-62 minuti). Il 74% dei pazienti è stato trattato entro 90 minuti dall'arrivo all'ospedale. Obiettivo raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza	<p>Progetto "Continuità assistenziale cardiologica tra ospedale e territorio - Sede di erogazione delle visite cardiologiche secondo complessità e priorità clinica" di concerto con Direzione POU, SC Cure Primarie, DSS 12 (Direttore Dip. Cardiologia)</p>
INDICATORE		1) Evidenza progetto 2) Nr agende attivate
TARGET 2016		<p>1) Entro 30/4 condivisione procedura per invio pazienti a visita cardiologica differenziato sulla base di criteri di priorità clinica. Monitoraggio SC POU, SC DSS12 e SC Cure Primarie.</p> <p>2) Entro 30/5 attivazione agende CUP per invio pazienti cardiopatici a visite presso amb. specialistica amb. Cardiologica. Monitoraggio SC POU, SC DSS12 e SC Cure Primarie</p>
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>1) procedura attivata e presentata entro 30/04/2016 Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>2) evidenza accordo Aziendale del 2015 per estensione a Specialisti Cardiologi Convenzionati Interni degli Accessi Prioritari secondo Priorità Clinica. Procedura con attivazione CUP per invio dei pazienti in oggetto è già entrata in fase operativa; deve pertanto ritenersi già raggiunto anche il conseguente obiettivo relativo all'attivazione CUP per invio dei pazienti previsto dalla scheda di budget 2016 Obiettivo parzialmente raggiunto ☺</p>

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Corretta e puntuale applicazione delle modalità aziendali per l'acquisizione di attrezzature sanitarie (Direttori Dipartimenti Ospedalieri)
INDICATORE		Rispetto tempistica compilazione questionario mini HTA
TARGET 2016		Compilazione ed invio Questionario Entro 15 gg dalla richiesta SSD Ingegneria Clinica. Monitoraggio SSD Ingegneria Clinica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Tutti i dipartimenti hanno formulato le richieste secondo le indicazioni della procedura aziendale Nr richieste Dip Cardiologia= 8 con 90% qualità compilazione Predisposti nr 3 questionari mini HTA Nr richieste Dip Chirurgie= 9 con 80% qualità compilazione Predisposti nr 3 questionari mini HTA Nr richieste Dip Diagnostica per Immagini= 2 con 90% qualità compilazione. Predisposti nr 3 questionari mini HTA Nr richieste Dip Specialità Mediche= 15 con 80% qualità compilazione. Nr questionari mini HTA = 0 Nr richieste Dip Materno Infantile= 2 con 80% qualità compilazione. Predisposti nr 0 questionari mini HTA Nr richieste Dip Emergenza= 6 con 90% qualità compilazione Predisposti nr 1 questionari mini HTA Nr richieste Dip Patologia Clinica= 2 con 80% qualità compilazione. Predisposti nr 0 questionari mini HTA Per tutti i Dipartimenti Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Unitarietà di gestione della chirurgia generale e di urgenza della ASL (SSC chir Generale, SS Chir d'urgenza, SS day e week surgery) (Direttore Dip. Chirurgie)
INDICATORE		Evidenza progetto
TARGET 2016		Entro 30/06 elaborazione documento condiviso con SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Inviato documento alla SC Direzione POU; disattivata in data 31/12/2016 SSD Chirurgia d'urgenza convertire l'attività di ricovero ordinario inappropriata, riducendo le liste d'attesa e dei giorni di degenza Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Appropriatezza organizzativa degli interventi chirurgici effettuabili in regime ambulatoriale 1) Direttore Dip. Chirurgie, 2) SC Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica
INDICATORE		Applicazione protocollo
TARGET 2016		1) Da 1/4 100% interventi effettuabili in regime ambulatoriale sono effettuati in tale regime. 2) Da 1/7 100% interventi effettuabili in regime ambulatoriale sono effettuati in tale regime. Monitoraggio SC POU e SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Direttore Dipartimento Chirurgie: Chirurgie Villa Scassi - obiettivo parzialmente raggiunto Chirurgie Gallino - obiettivo parzialmente raggiunto Chirurgie Micone (Oculistica-Orl) - obiettivo raggiunto Obiettivo parzialmente raggiunto ☹ 1) Centro Ustioni – obiettivo al 100% - raggiunto 2) Chirurgia Plastica – obiettivo al 100% - raggiunto l'incremento delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale (circa 150%) ha consentito di convertire l'attività di ricovero ordinario inappropriata, riducendo le liste d'attesa e dei giorni di degenza Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Potenziamento dell'attività ambulatoriale (SSD Cardiologia Riabilitativa, SC Chirurgia Vascolare, SC Urologia, SC Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica, SC Medicina Interna)
INDICATORE		Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2015
TARGET 2016		Incremento 10% volume delle prestazioni rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SSD Cardiologia Riabilitativa Colletta: Nr prest 2015=8.960 Nr prest 2016= 8.999 Diff +39 prest = +0,44% Obiettivo parz. raggiunto ☹ SC Chirurgia Vascolare: Anno 2015= 2.067 Anno 2016= 2.049 Obiettivo parz. raggiunto ☹ SC Urologia Nr prest Anno 2015= 8.005 Nr prest Anno 2016= 5.683* *in considerazione della carenza permanente per tutto il 2016 di personale medico Obiettivo parz. raggiunto ☹ SC Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica: Nr prest Anno 2015=15.703 Nr prest Anno 2016=22.835 Incremento pari al 45,42% Obiettivo raggiunto ☺ SC Medicina Interna: Nr prest Anno 2015= 17.823 Nr prest Anno 2016= 15.407 Obiettivo non raggiunto ☹

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Mantenimento attività ambulatoriale (SSD Chirurgia del piede)
INDICATORE		1) Nr. prestazioni erogate 2) Nr interventi ambulatoriali
TARGET 2016		1) Mantenimento volume delle prestazioni rispetto Anno 2015. 2) Almeno 10 interventi ambulatoriali mensili. Totali annui 120 interventi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		1) Nr Prest Anno 2015= 4.309 Nr Prest Anno 2016= 4.736 Obiettivo raggiunto ☺ 2) Nr 26 int amb Scassi Nr 78 int amb Gallino Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza	Mantenimento dell'attività ambulatoriale, di pertinenza della struttura complessa (SC Neonatologia)
INDICATORE		Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2015
TARGET 2016		Mantenimento volume delle prestazioni di allergologia rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nr prest Anno 2015= 3.052 Nr prest Anno 2016= 2.848 Obiettivo non raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza	Potenziamento dell'attività chirurgica di elezione e ambulatoriale) (S.C. Ortopedia)
INDICATORE		1) Incremento attività chirurgica in day surgery/one day surgery e chirurgia ambulatoriale 2) Attività ambulatoriale: nr prestazioni erogate rispetto Anno 2015
TARGET 2016		1) Incremento 30% casistica rispetto Anno 2015 2) Incremento 15% volume delle prestazioni rispetto Anno 2015. Monitoraggio CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		1) Anno 2015 Nr int ord = 827 Nr int dh/ds= 236 Nr int amb=147 Anno 2016 Nr int ord= 804 Nr int dh/ds= 321 Nr int amb= 30 Incremento attività (solo ds) = 36%* 2) Nr prest Anno 2015= 6.272 Nr prest Anno 2016= 5.906* Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Potenziamento dell'attività ambulatoriale. Trasferimento in attività ambulatoriale chirurgica Drg 160-162 (Drg a rischio inappropriata) (S.C. Chirurgia)
INDICATORE		1) Trasferimento casistica Drg 160-162 da attività ospedaliera in ambulatoriale. 2) Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2015
TARGET 2016		1) Entro 30/6 trasferimento in regime ambulatoriale chirurgico di almeno il 60% della patologia trattata in ricovero ordinario. 2) Incremento 10% volume delle prestazioni rispetto Anno 2015. Monitoraggio CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		1) La casistica erogata in regime di ricovero ordinario (19 casi Drg 160-11 casi Drg 162) non è stata convertita in regime ambulatoriale* 2) No prestazioni amb chirurgiche Anno 2015. No prestazioni amb chirurgiche Anno 2016. Tot prest amb 2015= 4.266 Tot prest amb 2016= 3.544 Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza	Elaborazione protocollo per trattamento delle varici in regime ambulatoriale e in DS di concerto con Day Week Surgery, Radiologia, Anestesia (S.C. Chirurgia Vascolare, SSD One Day e Week Surgery)
INDICATORE		Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 30/4 evidenza protocollo. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nr interventi ds/ods= 18 Nr interventi amb= 19 Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione procedure di dimissioni (S.C. Medicina Interna, SC Nefrologia)
INDICATORE		Nr pz dimessi in giornate festive o prefestive
TARGET 2016		Incremento del 10% rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		S.C. Medicina Interna: Ospedale Villa Scassi Nr 200 dimessi nel weekend su 1.513 SDO totali pari al 13,22% (% attesa non prevista) Ospedale Gallino Nr 27 dimessi nel weekend su 604 SDO totali pari al 4,47% (% attesa 9,03%) Ospedale Micone Nr 78 dimessi nel weekend su 760 SDO totali pari al 10,26% (% attesa 16,21%). Obiettivo non raggiunto ☹ S.C. Nefrologia: Nr 86 dimessi nel weekend su 351 SDO totali pari al 24,50% Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione procedure di dimissioni (S.C. Chirurgia, SC Ortopedia, SC Chirurgia Vascolare, SC Urologia, SSD Chirurgia Toracica, SC Pneumologia, Direttore Dip. Specialità mediche, SC Neurologia)
INDICATORE		Nr pz dimessi in giornate festive o prefestive
TARGET 2016		Almeno il 20% dei dimessi complessivi sono dimessi nel week end. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>S.C. Chirurgia: Nr 237 dimessi nel weekend su 1.223 SDO totali pari al 19,38% Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Ortopedia: Nr 50 dimessi nel weekend su 1.050 SDO totali pari al 4,76%. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊</p> <p>S.C. Chirurgia Vascolare: Nr 61 dimessi nel weekend su 432 SDO totali pari al 14,12% Obiettivo parzialmente raggiunto 😊</p> <p>SC Urologia: Nr 166 dimessi nel weekend su 767 SDO totali pari al 21,64% Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>SSD Chirurgia Toracica: Nr 52 dimessi nel weekend su 260 SDO totali pari al 20% Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Neurologia: Ospedale Micone nr 15 dimessi nel weekend su 394 SDO totali pari al 3,81%</p> <p>Ospedale Villa Scassi nr 80 dimessi nel weekend su 675 SDO totali pari all'11,85%</p> <p>Obiettivo parzialmente raggiunto 😊</p> <p>Direttore Dip. Specialità mediche: Nr 41 dimessi nel weekend su 664 SDO totali pari al 6,17% Obiettivo parzialmente raggiunto 😊</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza	Gestione refertazione endoscopica (S.C. Chirurgia, SSD Chirurgia d'urgenza, SC Medicina Interna, Direttore Dip. Medicina)
INDICATORE		Tempistica adozione modello di refertazione Nr referti informatizzati
TARGET 2016		Entro 31/3 adozione modello di refertazione unico. Dal 1/7 100% referti informatizzati. Monitoraggio SC SIA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Attivazione della refertazione endoscopica informatizzata presso tutti i centri. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Collaborazione tra SSD day e week surgery , SC anestesia e rianimazione, SC direzione medica del presidio unico, SSD popolazione a rischio finalizzata a normare gli accessi in SO H ponte X per colonscopie II livello screening entro i tempi previsti dai servizi di endoscopia di Villa Scassi e Ponte X (SSD One Day e Week Surgery)
INDICATORE		1) Stesura di un protocollo per l'accesso alla colonscopia di II livello in Sala Operatoria del Gallino secondo i codici di priorità clinica dei pazienti positivi al FOB che devono effettuare colonscopie operative in seduzione profonda 2) % di colonscopie II livello screening effettuate in SO H ponte X entro i tempi previsti dai servizi di endoscopia di Villa Scassi e Ponte X secondo le classi di priorità clinica
TARGET 2016		1) Stesura del protocollo entro 30/6/2015 2) 60 % di adesione. Monitoraggio SSD popolazione a rischio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Resp SSD Popolazione a rischio: 1) Protocollo di accesso alla SO Gallino di assistiti positivi al FOBT che devono effettuare colonscopie operative in sedazione profonda elaborato, condiviso e completato entro 30.06.2016 2) nel 2016 % colonscopie di II liv effettuate presso SO Pontex entro tempi previsti e secondo le classi di priorità clinica = 74% Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Miglioramento ed efficientamento dell'utilizzo delle sedute operatorie (SC Anestesia e Rianimazione)
INDICATORE		Completa operatività progetto. Aumento sedute nelle fasce pomeridiane
TARGET 2016		Calendarizzazione delle sedute operatorie. Completa occupazione delle sale operatorie. Monitoraggio POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Invio Mensile da parte del Direttore della S.C. Anestesia e Rianimazione di schema riassuntivo del programma mensile delle sedute operatorie con evidenza delle assegnazioni di sedute in base alle liste di attesa delle SS.CC. SS.SS. Chirurgiche - invio antecedente ad inizio mensilità via mail Evidenza agli atti Obiettivo raggiunto 😊

AREA		<i>Performance/Appropriatezza</i>
Obiettivo operativo	Dirigenza	Realizzazione di un percorso integrato secondo il modello HUB e SPOKE tra le strutture dell'emergenza afferenti alla S.C. e precisamente tra il centro HUB - Pronto Soccorso ospedale Villa Scassi ed i centri SPOKE PPI Gallino e Micone (SC Medicina d'urgenza)
INDICATORE		Tempistica utilizzo applicativo informatico adeguato % schede PS scartate per errori. Evidenza percorso e sua applicazione
TARGET 2016		da 1/6 utilizzo applicativo adeguato. % schede PS scartate per errori. Monitoraggio SIA da 1/6 applicazione percorso integrato. Monitoraggio POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Realizzata attivazione nuovo modulo Pronto Soccorso su Ponte x Scassi e P.A. Micone Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Riduzione Degenza Media. SC Medicina d'Urgenza (Direttore Dip. Emergenza Accettazione)
INDICATORE		Evidenza percorso condiviso con Dip Medicina Riduzione nr giornate di degenza
TARGET 2016		Al 31/3 percorso per la presa in carico pazienti da parte della SC Medicina Interna. Riduzione degenza media rispetto Anno 2015 = 5 gg
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore Dip Medicina: elaborato percorso; condiviso in data 30.05 la SC Medicina d'urgenza e la Direzione POU DM SC Medicina d'urgenza Anno 2016= 8,17 Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Miglioramento dell'appropriatezza erogativa delle prestazioni codificate come terapia intensiva neonatale (cod min 73) (SC Neonatologia)
INDICATORE		Drg relativi ad affezioni maggiori del neonato; No Drg neonato normale
TARGET 2016		100% casistica riferita a Drg relativi ad affezioni maggiori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Anno 2016 = 72,4% casi riferiti ad affezioni maggiori Anno 2015= 41% casistica riferita ad affezioni maggiori Obiettivo parzialmente raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Avvio progetto dipartimentale interaziendale con OEI, e successivamente con Galliera e Gaslini, al fine di perfezionare ed estendere il percorso donna. Completamento integrazione Consultorio e PLS. (Direttore Dip. Materno Infantile)
INDICATORE		Evidenza progetto
TARGET 2016		Entro 31/03 elaborazione progetto di concerto con Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro la data prevista è stato elaborato il progetto interdipartimentale, con integrazione delle componenti aziendali consultorio e PLS; per quanto concerne la parte relativa agli accordi interaziendali, è stato elaborato il progetto interaziendale concordato e discusso in incontri alla presenza del Direttore Generale. Tale progetto, già in parte operativo per esempio nel percorso relativo allo screening delle cromosomopatie, è tutt'ora in fase di ulteriore sviluppo e perfezionamento ma non risulta operativo. Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza	Farmaci ad alto costo e registri AIFA (SSD Oncologia Sestri, SSD Oncologia Villa Scassi)
INDICATORE		Monitoraggio terapie ad alto costo. Recupero Rimborsi terapie innovative
TARGET 2016		Monitoraggio mensile trattamenti attivati Recupero del 100 % dei rimborsi previsti dagli accordi di condivisione del rischio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SSD Oncologia Villa Scassi: Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera: richiesti nel 2016 rimborsi per € 560.000 pari al 100% dei rimborsi che il registro ha premesso di richiedere, di cui € 464.000 dalle prescrizioni sui registri AIFA dell'oncologia Villa Scassi Obiettivo raggiunto ☺ Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera: richiesti nel 2016 rimborsi per € 560.000 pari al 100% dei rimborsi che il registro ha premesso di richiedere, di cui € 67.600 dalle prescrizioni sui registri AIFA dell'oncologia Micone. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Analisi dei consumi di farmaci oncologici finalizzata alla comprensione delle disparità di costi rilevata tra le SSSDD Oncologie Aziendali e alla definizione di uno standard terapeutico (SSD Oncologia Sestri, SSD Oncologia Villa Scassi)
INDICATORE		Evidenza analisi. Applicazione standard uniforme per patologia. nr pazienti trattati con standard terapeutico
TARGET 2016		Entro 30/4 Invio analisi, di concerto con tra SSD Oncologia Sestri e SSD Oncologia Villa Scassi, alla Direzione Sanitaria 100% pazienti trattati con standard terapeutico oncologico Consumo farmaci oncologici per paziente Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SSD Oncologia Villa Scassi e SSD Oncologia Sestri: Relazione Direttore SC Farmacia Ospedaliera: Allegato documento esplicativo contenente per SSD Oncologia spesa sostenuta e motivazioni dell'aumento di spesa. Indicazione della percentuale di utilizzo per patologia di farmaci ad alto costo e ultima generazione. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione percorso di presa in carico pazienti da SC Medicina d'Urgenza (Direttore Dip. Medicina)
INDICATORE		Evidenza percorso condiviso con Dip Emergenza Degenza media SC Medicina d'urgenza = gg 5
TARGET 2016		Al 31/3 percorso per la presa in carico pazienti da SC Medicina d'urgenza. Degenza media Anno 2016 SC Medicina d'urgenza = 5gg Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore Dip Medicina: elaborato percorso; condiviso in data 30.05 la SC Medicina d'urgenza e la Direzione POU. DM SC Medicina d'urgenza Anno 2016= 8,17 Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Campagna con i MMG (Distretti 8-9-10) per la prevenzione e individuazione precoce delle nefropatie (SC Nefrologia)
INDICATORE		Evidenza di incontri e materiale informativo ai MMG
TARGET 2016		Almeno un incontro per Distretto entro 30/09 Nr pazienti intercettati da ottobre
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Organizzati incontri con DSS 8-9-10 in data 20.09 e 15.11.2016. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Trattamenti dialitici mediante tecnica di emodiafiltrazione online nei pazienti cronici (SC Nefrologia)
INDICATORE		Nr pazienti in prima valutazione. Nr prestazioni erogate
TARGET 2016		Incremento 10% attività ambulatoriale c/o Ospedale Villa Scassi rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nel 2016 nr 52 pz trattati con emodiafiltrazione online di cui 30 con avvio di trattamento nell'anno (anno 2015=16 pz) Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ambulatori di prevenzione piede diabetico (Fiumara, Nervi e Colletta) (SSD Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche)
INDICATORE		Nr pazienti valutati per anno
TARGET 2016		Almeno 800 pazienti valutati per anno, il 20% dei quali con contestuale valutazione tramite ecodoppler
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Responsabile SSD: ambulatorio prevenzione piede con valutazione di oltre 800 pazienti (circa 1200) e di oltre 160 (il 20% degli 800 previsti) valutazioni doppler (circa 200, cifra che rappresenta il massimo effettuabile dalla struttura ove è presente un solo operatore tecnicamente adeguato, Dott. Ghisoni, per un periodo assente per intervento chirurgico) Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Disponibilità agende ai MMG per prenotazione attività di screening, vulnologia, educazione alimentare / motoria a favore di pazienti non seguiti dai nostri centri (SSD Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche)
INDICATORE		Nr accessi riservati ai MMG. Tempistica erogazione prestazioni.
TARGET 2016		Da 01/05 disponibilità in agenda prenotazione MMG 100% degli invii proposti sono effettuati entro 60 giorni dalla prenotazione (escluso vulnologico in quanto urgenza)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Responsabile SSD: effettuata entro 01/05 apertura agende screening, vulnologia e educazione alimentare alle prenotazioni dirette dei MMG, con erogabilità entro i 60 giorni sul 100% degli invii proposti. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Unificazione tempistica MOC: passaggio da 30 minuti a 20 minuti (SC Reumatologia)
INDICATORE		Tempo esame
TARGET 2016		Entro 1/6 tempo MOC uguale a 20 minuti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore Dip Immagini: tempi esecuzione MOC = 20 minuti a paziente. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Mantenimento livelli attività ambulatoriale (SC Oculistica, SC ORL)
INDICATORE		Nr. prestazioni erogate
TARGET 2016		Mantenimento volume delle prestazioni rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		S.C. Oculistica : Anno 2015= 48.089 Anno 2016= 48.068 diff -21 prestazioni con un valore pari a + € 174.536. Obiettivo raggiunto 😊 S.C. ORL : Anno 2015= 19.855 Anno 2016= 19.272 A fronte di un decremento del volume delle prestazioni, si rileva un aumento del valore della produzione. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Avvio progetto dipartimentale interaziendale con Galliera (SC Oculistica, SC ORL, Direttore Dip. Testa Collo)
INDICATORE		Evidenza progetto
TARGET 2016		Entro 31/03 elaborazione progetto di concerto con Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC Oculistica : Relazione Direttore SC: progetto dipartimentale che nel corso del 2016 è stato abbandonato. Di tale progetto rimane ancora attiva la disponibilità a concedere una seduta operatoria mensile per la chirurgia delle vie lacrimali. Allegate relazione e progetto Obiettivo raggiunto 😊 SC ORL : Relazione Direttore SC: progetto dipartimentale che nel corso del 2016 è stato abbandonato; in data 07.12.2016 è stata deliberata la convenzione per integrazione attività area ORL tra le due strutture. L'attivazione è avvenuta da 01.01.2017. Obiettivo raggiunto 😊 Direttore Dip. Testa Collo : Relazione Direttore Dip: il progetto è stato bloccato anche se era già stato elaborato un progetto di continuità assistenziale per l'ictus (allegato) e contattate la Direzione Sanitaria e la struttura informatica per un collegamento telematico tra le varie strutture interessate al progetto. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione attività struttura alla luce del trasferimento a Villa Scassi con rivisitazione dei percorsi (Direttore Dip. Testa Collo)
INDICATORE		Evidenza progetto
TARGET 2016		Entro 30/04 trasferimento reparto con rimodulazione delle attività tra le sedi (Sestri e Villa Scassi) ed implementazione percorsi con il territorio. Monitoraggio POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore Dip: relazione agli atti. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Collaborazione interaziendale con Ospedale San Martino, Galliera , Evangelico: 1. reperibilità angiografica metropolitana interaziendale 2. PDTA della Breast Unit interaziendale 3. Applicazione del PDT interventistico muscolo scheletrico in condivisione con Evangelico (Direttore Dip. Immagini)
INDICATORE		Evidenza progetti condivisi
TARGET 2016		Entro 30/11 presentazione del progetto 2) Entro 30/09 presentazione progetti 1) e 3)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore Dipartimento: elaborati progetti ed inviati al CCD in data 30.09.2016 Si segnala inoltre che il PDTA Interaziendale delle neoplasie della mammella è stato certificato dal RINA (cert. N° 10813/04/S in data 14.12.2016). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Attuazione azioni previste per il 2016 nel Piano Strategico Triennale: rimodulazione e riorganizzazione sedi, attività ed offerta, personale, nuove forme di collaborazione e di integrazione con MMG, Aziende ospedaliere, Strutture accreditate (Direttore Dip. Patologia Clinica)
INDICATORE		Grado di realizzazione delle azioni
TARGET 2016		100% azioni realizzate secondo la tempistica prevista Rispondenza agli standard Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		E' stata completata la riorganizzazione degli orari di accesso e ritiro referti presso i punti prelievo aziendali; è stata avviata l'attività dell'ambulatorio mobile; sono stati avviati progetti di collaborazione con altre aziende ambito metropolitano (San Martino Ist Progetto Teleematologia); sono stati concordati con i MMG percorsi diagnostici per prestazioni ad alto rischio inappropriatezza prescrittiva Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Apertura attività di collaborazione con altre Aziende Ospedaliere dell'area metropolitana. (Direttore Dip. Specialità Mediche)
INDICATORE		Evidenza protocolli
TARGET 2016		Almeno 2 forme di collaborazione attivate
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore SC Recupero e Rieducazione Funzionale: attivati percorsi per la presa in carico dei pz fratturati di femore con OEI e di trasferimento pazienti in post acuzie con Neurochirurgia Ospedale Galliera. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riduzione del T.C e monitoraggio esiti e modalità dei parti (SC Ostetricia e ginecologia)
INDICATORE		1) Attivazione ambulatorio per la gravidanza a basso rischio a conduzione ostetrica gestito dalla S.C.A.C. in collaborazione con la S.C.O.G. 2) Collaborazione con la S.C.A.C per l'invio delle puerpere alla rieducazione del pavimento pelvico per i casi a rischio e consulenza uro ginecologica per tutti gli invii
TARGET 2016		1) Entro 1/3 individuazione della sede, delle risorse, allestimento dell'ambulatorio e autoformazione del personale individuato. Almeno 20 gravidanze seguite dall'ambulatorio ostetrico con la supervisione medica. 2) Entro il 30/6 formalizzazione dell'invio da e per il consultorio dei casi con necessità di consulenza uroginecologica. Presa in carico nell'ambulatorio di rieducazione dello S.C.A.C di tutte le puerpere a rischio di incontinenza urinaria
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		1) individuato nella sede di Fiumara lo spazio idoneo all'amb; personale formato da 29/6 a 1/7 con 20 h/form; arruolato gruppo pz. 2) Ambulatorio formalmente istituito, prenotabile a CUP, invio ad amb con richiesta regionale. Pz a rischio inviate a visita specialistica; pz con necessità riab avviate a amb SCAC. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Collaborazione tra SSD Popolazione a rischio - SC Professioni Sanitarie - SC Assistenza Consultoriale - SC Anatomia Patologica - SC Direzione POU finalizzata all'offerta dei test primari di screening del tumore della cervice uterina al personale dipendente operativo nei PPOO Colletta, Sestri, Villa Scassi, Pontex presso la propria sede di lavoro (SC Ostetricia e Ginecologia, SC Anatomia Patologica)
INDICATORE		Data attivazione progetto
TARGET 2016		Entro il 31/10 attivazione progetto Monitoraggio SSD Popolazione a rischio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Resp SSD Popolazione a rischio: fasi propedeutiche da marzo ad agosto; fase di comunicazione esaurita nel mese di settembre; progetto avviato da 20 ottobre 2016; ambulatorio operativo con cadenza settimanale dal 1/11/2016. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attuazione nuovo modello organizzativo della Sc Medicina Interna alla luce di quanto previsto dall'atto aziendale (1) Direttore Dip. Medicina) 2) SC Medicina Interna)
INDICATORE		Revisione modello organizzativo con inserimento Case Manager. Revisione processi e documentazione clinica
TARGET 2016		1) Entro 30/6 Operatività nuovo modello 1) e 2) Entro 30/9 revisione processi e documentazione con piano assistenziale integrato medici/infermieri Monitoraggio SC POU e SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: revisione di due processi critici. Formazione e individuazione del case manager inserimento della documentazione clinica integrata. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Potenziamento dell'attività ambulatoriale con il coinvolgimento di specialisti ambulatoriali e M.M.G "Ambulatorio per la diagnosi ed il trattamento delle interstiziopatie e malattie polmonari rare" (SC Pneumologia)
INDICATORE		nr pazienti cronici trattati con emodiafiltrazione/nr pazienti cronici. Valutazione cataboliti
TARGET 2016		Incremento 50% pazienti rispetto al nr 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore SC Pneumologia: visite totali 2015=109/2016=155 incremento del 42% prime visite 2015=53/2016=63 incremento del 18%. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Apertura attività di collaborazione con altre Aziende Ospedaliere dell'area metropolitana. (SSD Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche)
INDICATORE		1) Collaborazione con Azienda Ospedale Università San Martino su progettualità di educazione terapeutica e lesioni piede (servizi forniti dalla nostra Azienda) e di supporto a diagnostica e gestione di patologie endocrine complicate (fornito da AOU San Martino) 2) Collaborazione con O. Evangelico Internazionale per fornitura in collaborazione di servizio di educazione alimentare per gruppi nell'area Ponente
TARGET 2016		Predisposizione progetto entro 30/6
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Responsabile SSD: 1) 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); 2) Elaborazione protocollo collaborazione con OEI per attività congiunta di educazione alimentare, attività partita prima del 30/9 come previsto. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione verbale operatorio informatizzato (SC Chirurgia, SC Ortopedia, SC Chirurgia Vascolare, SC Urologia, SSD One Day e Week Surgery, SSD Chirurgia Toracica, SSD Chirurgia d'urgenza, SSD Chirurgia del piede, DS Ortopedica, Direttore Dip. Chirurgie, SC Anestesia e Rianimazione, SC Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica, SC Ostetricia e Ginecologia, Direttore Dip. Emergenza Accettazione)
INDICATORE		Evidenza collaudo prodotto. Utilizzo applicativo
TARGET 2016		Entro 30/11 prodotto funzionante. Dal 1/12 collaudo presso S.O. Villa Scassi. Monitoraggio SC SIA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Email Direttore SC SIA: l'obiettivo non è stato completato per cause non tecniche, in quanto la realizzazione di quanto esposto non può prescindere da un accordo di collaborazione interaziendale con ASL 4, proprietaria del sw da cui deriva l'implementazione del sw in oggetto. Tale accordo è ad oggi ancora in fase di definizione presso le rispettive Direzioni L'obiettivo si intende comunque raggiunto. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Costruzione di un protocollo di collaborazione con la Neurochirurgia dell'Osp Galliera per la condivisione dei criteri di trasferimento in riabilitazione intensiva post acuzie (SC Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta))
INDICATORE		Evidenza protocollo
TARGET 2016		Entro 30/04 elaborazione protocollo condiviso con NCH dell'Osp Galliera. Almeno 90% pazienti con necessità di riabilitazione intensiva trasferiti da NCH Osp Galliera
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Elaborato documento per la condivisione dei criteri di trasferimento pazienti in riabilitazione intensiva post acuzie 100% richieste di trasferimento accolte Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Condivisione con l'ortopedia dell'Evangelico di Voltri, dei criteri di invio in riabilitazione intensiva per il ricovero dei pazienti con frattura di femore secondo il PDTA aziendale. (SC Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta))
INDICATORE		Evidenza protocollo
TARGET 2016		Entro 30/04 elaborazione protocollo condiviso con Ortopedia OEI. Almeno 90% pazienti inviati da Ortopedia OEI con criteri condivisi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Condivisi i criteri di invio in riabilitazione intensiva per i pazienti fratturati di femore. 100% richieste (=60 richieste) di trasferimento da Ortopedia OEI accolte con trasferimento entro 7 gg. Criteri condivisi rispettati eccetto nr 1 caso Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Informatizzazione della scheda di triage riabilitativo utilizzata per l'invio del paziente con ictus in riabilitazione post acuzie e condivisione con la fondazione Maugeri. (SC Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta))
INDICATORE		Evidenza scheda informatizzata. Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 30/04 scheda informatizzata e condivisa con Maugeri Al 31/12 applicazione scheda al 90% dei pazienti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		da 2015 in uso scheda cartacea. Da marzo 2016 avviati presso A.Li.Sa. tavoli tecnici per la compilazione della SDO riabilitativa basati in parte su IPER e in parte sulla scheda ARC, per cui si è soprasseduto alla creazione di ulteriore raccolta dati. Fondazione Maugeri ha aderito al programma SDO riabilitativa Obiettivo parzialmente raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Potenziamento dell'attività ambulatoriale (SC Recupero e Rieducazione Funzionale (territoriale))
INDICATORE		1) Nr. prestazioni erogate rispetto Anno 2015 2) Rispetto tempistica
TARGET 2016		1) Incremento 5% volumi delle prestazioni rispetto Anno 2015 2) Rispetto tempi di attesa per almeno il 70% dei pazienti: visite fisiatriche in fascia D garantite entro 20 gg trattamenti fisioterapici garantiti entro 40 gg
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		1) Fisiatria Anno 2015= 11.708 Anno 2016= 10.749 -959 prest FKT Anno 2015= 160.658 Anno 2016= 161.148 + 490 prest (+0,3%) Obiettivo parzialmente raggiunto ☺ 2) tempi di attesa per visite fisiatriche in fascia D= 2 settimane Trattamenti riabilitativi= 30 gg (min18-max37 gg) Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Offerta riabilitativa per la donna operata al seno (SC Recupero e Rieducazione Funzionale (territoriale))
INDICATORE		Evidenza scheda di monitoraggio
TARGET 2016		Da 1/4 Applicazione della scheda al 100% delle paziente operate prese in carico secondo PDTA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		No segnalazioni di pz operate al seno provenienti da percorso aziendale Breast Unit; unico ambulatorio con accesso significativo di donne operate al seno Fiumara con 39 pz prese in carico Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione progetto Anteros (SC Reumatologia)
INDICATORE		Evidenza monitoraggio. Nr. prestazioni erogate
TARGET 2016		Monitoraggio trimestrale. Incremento 15% numero degli accessi rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Numero accessi Anno 2016= 48 Nel 2015 (progetto attivo da nov 2015) nr accessi= 6 (proiez anno36) Incremento pari al 15% Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione del percorso di individuazione precoce delle patologie infiammatorie articolari (SC Reumatologia)
INDICATORE		Nr accessi presso ambulatorio artriti esordienti
TARGET 2016		Ulteriore incremento 15% degli accessi rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nr accessi Anno 2015= 196 Nr accessi Anno 2016= 229 Incremento pari al 15%: Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione progetto Fracture Unit - Monitoraggio pazienti con frattura di femore (SC Reumatologia)
INDICATORE		Definizione protocollo di progetto. Identificazione strutture partecipanti
TARGET 2016		Da 1/4 presa in carico 100 paz. Entro 30/10 presa in carico paz operati in OEI
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nel 2016 presi in carico nr 101 pazienti. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Effettuazione di dimissione protetta con contatto telefonico diretto con MMG curante o con appuntamento presso ambulatorio territoriale specialistico (SC Neurologia)
INDICATORE		% pazienti con dimissione protetta
TARGET 2016		70% pazienti con dimissioni protette Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Su 1281 pazienti l'88% al momento della dimissione ha avuto appuntamento il primo accesso presso i servizi ambulatoriali territoriali. I restanti pazienti o non ne necessitavano o erano residenti fuori ASL 3. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Contenimento dose al cristallino degli operatori radiologia interventistica entro i limiti di legge (S.C. Fisica Sanitaria)
INDICATORE		Gg sospensione attività radiologica degli operatori radiologia interventistica
TARGET 2016		Al 30/06 rilevazione nr giornate sospensione attività radiologica operatori rx interventistica Al 31/12 riduzione del 50% gg sospensione rispetto ad Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		rilevazione giornate di sospensione attività radiologica operatori rx interventistica: nessuna giornata. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Organizzazione e integrazione turni di controllo radiometrico biobox Villa Scassi (S.C. Fisica Sanitaria)
INDICATORE		Segnalazione da parte degli organi di vigilanza di rilevamento radioattività non esente
TARGET 2016		Entro 30/06 evidenza numero di segnalazioni. Al 31/12 nessuna segnalazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nessuna segnalazione. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Sostituzione mensile dosimetri personali al personale monitorato (S.C. Fisica Sanitaria)
INDICATORE		Nr dosimetri restituiti entro tempi previsti
TARGET 2016		Al 30/6 evidenza nr dosimetri restituiti entro i tempi previsti al 31/12 nr dosimetri non restituiti <2%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Al 30/6 n.ro dosimetri non restituiti entro i tempi previsti : 2,2 % (media su 5 forniture). Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Controllo accuratezza e precisione della portata pipette di laboratorio calibrata in condivisione con la Medicina Nucleare e nuova procedura (S.C. Fisica Sanitaria)
INDICATORE		Nr pipette controllate
TARGET 2016		Entro 30/6 rilevazione nr pipette controllate Al 31/12 evasione 100% richieste entro 15 gg
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Controllo 30 pipette di tipo fisso, 35 di tipo variabile (triplo controllo), per un totale di 135 controlli, tutti effettuati entro 15 gg dalla richiesta. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Compilazione trimestrale per l'Ufficio Personale dei file per trasmettere gli aggiornamenti degli archivi INAIL polizza assicurativa sorgenti di radiazione (S.C. Fisica Sanitaria)
INDICATORE		Compilazione file
TARGET 2016		Entro 30/06 avvenuta compilazione affiancamento nella trasmissione all'Ufficio Personale. Al 31/12 adeguamento premio assicurativo alla reale dotazione apparecchiature rx e personale ASL esposto a rischio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Ogni mese è stata effettuata la compilazione e l'affiancamento all'Ufficio Personale. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Appropriatezza parametri di esposizione delle radiografie CR (S.C. Fisica Sanitaria)
INDICATORE		Exposure Index dei radiogrammi CR
TARGET 2016		Al 30/6 rilevazione numero radiogrammi con exposure index fuori range di normalità. Al 31/12 nr radiogrammi con exposure index fuori range <30%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>valori Exposure index fuori range esami mammografici singole strutture:</p> <p>1- 12%</p> <p>2 - 45% (da 51%)</p> <p>3 - 15% (da 90%)</p> <p>4 - 28%</p> <p>5 - 22%</p> <p>Valor medio tot = 24,4 %.</p> <p>Obiettivo raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ridistribuzione dell'attività di diagnostica senologia clinica e di screening di I livello tra Gallino/Sestri e Recco (S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino)
INDICATORE		% di referti entro 15 gg
TARGET 2016		Almeno 90% referti entro 15 gg
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>Senologia clinica: refertazione quasi sempre giornaliera. In casi particolari (carenza di Medici, approfondimenti diagnostici ect) la refertazione è stata sempre nei 15 gg stabiliti a budget.</p> <p>Relazione Responsabile SSD Popolazione a rischio: nr mx refertate (con 2 o 3 letture) = 8.586; nr referti entro 15 gg= 7.735</p> <p>% referti entro 15 gg = 90%</p> <p>Relazione Responsabile f.f. SC: Senologia clinica è stata integrata l'attività Recco-Sestri/Gallino con esecuzione di 1200 MX (nr mx refertate anno 2015= 1.000 anno 2016= 1.200)</p> <p>Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ridistribuzione dell'attività di diagnostica senologia clinica e di screening di I livello tra Villa Scassi e Fiumara con potenziamento dell'offerta da parte del personale dedicato interamente all'attività senologica (S.C. Radiologia Villa Scassi)
INDICATORE		% di referti entro 15 gg
TARGET 2016		Almeno 90% referti entro 15 gg
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Senologia clinica: refertazione quasi sempre giornaliera. In casi particolari (carenza di Medici, approfondimenti diagnostici, problemi al sistema informatico, ect) la refertazione è stata sempre nei 15 gg stabiliti a budget. Relazione Responsabile SSD Popolazione a rischio: VOLTRI + FIUMARA numero mx refertate (con 2 o 3 letture) da 1 gennaio a 31 dicembre 2016: 13.606 n° referti entro 15(+3) giorni: 8.899 % di referti entro 15(+3) giorni: 65% Allegata Relazione Dir SC VILLA SCASSI numero mx refertate (con 2 o 3 letture) da 1 gennaio a 31 dicembre 2016: 91 n° referti entro 15(+3) giorni: 84 % di referti entro 15(+3) giorni: 92% Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Integrazione con SSD popolazione a rischio per lo screening colon/retto e cooperazione tra Villa Scassi e Gallino per l'esecuzione dell'indagine colonscopia virtuale (S.C. Radiologia Villa Scassi, S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino)
INDICATORE		Nr colonscopia virtuale in screening
TARGET 2016		nr colonscopia virtuale Villa Scassi= 50 nr colonscopia virtuale Gallino= 100
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		numero di coloscopie virtuali eseguite: Villa Scassi 65 e Gallino 91; nr colonscopia virtuale per un totale di 156 prestazioni eseguite, le prestazioni attese erano 150 Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Concentrazione degli esami diagnostici ad alta complessità in elezione ed emergenza presso la sede di Sampierdarena (hub) e redistribuzione delle indagini di minore complessità presso le altre strutture radiologiche afferenti al POU (spoke) (S.C. Radiologia Villa Scassi)
INDICATORE		Nr VABB eseguite nel hub
TARGET 2016		Nr VABB eseguite a Villa Scassi = 250
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		eseguite nr.° 244 VABB (comprensivi di centraggi biopsia stereotassica e tatuaggi stereotassici in tomo sintesi) Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Accorpamento delle Sedi territoriali NERVI/ RECCO con interscambiabilità del personale Medico e TSRM a garanzia del mantenimento della performance (SSD Radiologia Territorio)
INDICATORE		Evidenza progetto. Tempistica di attivazione dell'equipe unica
TARGET 2016		Entro 30/04 evidenza progetto. Da 1/6 operatività equipe unica tra Recco e Nervi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		presentato progetto (27.04.2016) Interscambiabilità del personale medico e tecnico sulle due sedi (progetto allegato). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Refertazione MOC presso la sede di Nervi e Fiumara con percorso condiviso clinico radiologico con la SC Reumatologia (SSD Radiologia Territorio)
INDICATORE		Nr esami refertati
TARGET 2016		Garantire la refertazione MOC al 100% pazienti afferenti all'ambulatorio nell'anno 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Obiettivo raggiunto sino al 9 giugno (l'attività MOC e' stata sospesa a causa di un guasto bloccante al densitometro, non riparabile). Nr MOC refertate da gennaio a 9 giugno= 1.954 Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Organizzazione del Personale Sanitario (Ospedaliero, Ambulatoriale e Sumai) a garanzia dell'attività assistenziale con interscambiabilità dipartimentale (SSD Radiologia Territorio)
INDICATORE		Evidenza progetto e cronoprogramma tempistica realizzazione fasi progetto
TARGET 2016		Entro 30/04 presentazione progetto corredato da cronoprogramma. Rispetto della tempistica di realizzazione delle fasi del cronoprogramma
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Presentato progetto (27.04.2016) Turnazione del personale medico abilitato presso il presidio Villa Scassi per l'attività di emergenza- urgenza ed interscambio tra le varie sedi territoriali anche del Personale SUMAI.(vedi allegato). Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riduzione tempi di refertazione attività istituzionale (S.C. Anatomia Patologica)
INDICATORE		Rispetto tempistica refertazione
TARGET 2016		Diagnosi istologica campioni operatori 15 con sfioramento < 5% Diagnosi istologica campioni bioptici 5 con sfioramento < 5% Diagnosi citologica extravaginali 7 con sfioramento < 5% Diagnosi citologica vaginali opportuni. 30 con sfioramento < 5% Diagnosi riscontri autoptici 20 con sfioramento < 5%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Diagnosi istologica campioni operatori = 7 Diagnosi istologica campioni bioptici = 7 Diagnosi citologica extravaginali = 7 Diagnosi citologica vaginali opportuni. = 60 Diagnosi riscontri autoptici = 14 I risultati non soddisfacenti nella tempistica della casistica non urgente e dei pap opportunistici sono dovuti alla carenza di personale medico, assenza per maternità di un DM dal 22 giugno 2016, del pensionamento del Direttore e del pensionamento di altro DM nel 2011 mai sostituito, il numero degli accessi nel 2016 è stato > di 42000 esami Obiettivo parzialmente raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza										
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rispetto tempi di refertazione attività screening (S.C. Anatomia Patologica)										
INDICATORE		Rispetto tempistica refertazione										
TARGET 2016		<p>Breast Unit stadiazione oncologica con fattori prognostici della neoplasia mammaria 20 con sfioramento < 5% refertazione cito e istologica (agoaspirati e biopsie) 8 con sfioramento < 5%</p> <p>Attività di screening</p> <table> <tr> <td>1° livello cervice</td> <td>30 con sfioramento < 5%</td> </tr> <tr> <td>2° livello cervice</td> <td>6 con sfioramento < 5%</td> </tr> <tr> <td>cervice Hc2 test</td> <td>30 con sfioramento < 5%</td> </tr> <tr> <td>2° livello colon</td> <td>6 con sfioramento < 5%</td> </tr> <tr> <td>2° livello mammella</td> <td>8 con sfioramento < 5%</td> </tr> </table> <p>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 immunoistochimica (evidenziali nel foglio di lavoro e nel referto) (90%)</p>	1° livello cervice	30 con sfioramento < 5%	2° livello cervice	6 con sfioramento < 5%	cervice Hc2 test	30 con sfioramento < 5%	2° livello colon	6 con sfioramento < 5%	2° livello mammella	8 con sfioramento < 5%
1° livello cervice	30 con sfioramento < 5%											
2° livello cervice	6 con sfioramento < 5%											
cervice Hc2 test	30 con sfioramento < 5%											
2° livello colon	6 con sfioramento < 5%											
2° livello mammella	8 con sfioramento < 5%											
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione e tempi di refertazione agli atti Obiettivo parzialmente raggiunto 😊										
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	<p>Accuratezza diagnostica citologia vaginale: valutazione del 10% random dei citologici cervico-vaginali diagnosticati come negativi, data l'importanza della diagnosi precoce delle lesioni precancerose della cervice uterina</p> <p>Gruppi di età screening: 25-64aa (S.C. Anatomia Patologica)</p>										
INDICATORE		% Referti citologici cervico-vaginali con diagnosi corretta alla revisione randomizzata sul totale Totale referti citologici negativi randomizzati										
TARGET 2016		Diagnosi corrette > 98%										
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Revisione 10% negativi: 1842 di cui 11 ASCUS (7 HC2 NEG E 4 HC2 POS) 0,5% (99,5%). Obiettivo raggiunto 😊										
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	<p>Inclusione delle cuti in gel: metodica di corretto orientamento delle biopsie cutanee al fine di facilitare l'inclusione in paraffina, ridurre i tempi d'inclusione e risparmiare tempo tecnico e materiale di consumo (S.C. Anatomia Patologica)</p>										
INDICATORE		% di cuti reincluse-ritagli sul totale di cuti incluse in gel										
TARGET 2016		Tasso di re-inclusioni < al 10%										
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		procedura in corso; dati preliminari nr 769 eseguite altre sezioni; reinclusioni nr 20 = 3%. Obiettivo raggiunto 😊										

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Tasso di inadeguati in citologia agoaspirativa mammaria e C.B: valutare la % di agoaspirati e C.B inadeguati (C1-B1) (S.C. Anatomia Patologica)
INDICATORE		% Referti citologici e microistologici con diagnosi di inadeguatezza (C1-B1) sul Totale referti citologici e microistologici
TARGET 2016		Inadeguati < al 10%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		353 agoaspirati di mammella e 695 agobiopsie C1 inadeguati 2,06% B1 1,43% SC: % inadeguati = 2,2% Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	In collaborazione con i MMG, verifica dell'appropriatezza prescrittiva per mezzo di percorsi condivisi (SC Laboratorio Analisi)
INDICATORE		Evidenza percorsi condivisi
TARGET 2016		Entro 30/09 evidenza di almeno un percorso condiviso
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Elaborati nr 4 percorsi condivisi con indicazione dei titoli Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riduzione nr esami inappropriati: Individuare tra le prestazioni richieste ai laboratori, quelle ad alto rischio di inappropriata (SC Laboratorio Analisi)
INDICATORE		1) Nr reparti richiedenti con i quali sono stati condivisi i criteri di richiesta delle prestazioni a rischio di inappropriata 2) Verifica della riduzione degli esami a rischio di inappropriata richiesti da ogni reparto 3) Riduzione nr esami inappropriati
TARGET 2016		1) Entro il 30/06 Condivisione criteri con le SS.CC: Cardiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Medicina, Ortopedia 2) Valutazione del 4° trimestre 2015/4° trimestre 2016 invio delle risultanze, entro 1 mese, ai reparti individuati 3) Riduzione 20% rispetto periodo di applicazione dei criteri
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Condivise con i reparti oggetto di monitoraggio alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriata ed implementato meccanismo di "alert" in caso di richiesta delle prestazioni in oggetto CA125 Nr richieste dic 2015-marzo 2016:= 255/dic2016-marzo2017=106(-59%) CA15 3 Nr richieste dic 2015-marzo 2016:= 153/dic2016-marzo2017=856(-45%) Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	In collaborazione con i Distretti, estensione delle modalità "INR capillare" ad altri Distretti oltre al Distretto 13 (SC Laboratorio Analisi)
INDICATORE		Nr Distretti con utilizzo "INR capillare"
TARGET 2016		Entro 30/06 estensione ad altri 2 Distretti, oltre al DSS13
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Avviata modalità INR capillare nei DSS 8 e 9. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	In collaborazione con i DSS, unificazione degli orari, della tipologia e della metodica di accesso alle prestazioni di laboratorio a domicilio del paziente, con prenotazione della prestazione sull'applicativo di Laboratorio (SC Laboratorio Analisi)
INDICATORE		% adesione DSS alle nuove modalità
TARGET 2016		Entro 30/06 il 100% dei distretti utilizza la procedura
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		tutti i DSS utilizzano la procedura Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Screening ccr (SC Laboratorio Analisi)
INDICATORE		Tempi di refertazione
TARGET 2016		entro 7 gg dall'effettuazione dell'esame
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Tempi di refertazione concordati sono stati rispettati. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Mantenimento dell' autosufficienza - Diminuire acquisizione di sangue dai centri esterni e/o aumentare la cessione di emocomponenti agli altri Centri Trasfusionali Liguri (SC Immunoematologia e medicina trasfusionale)
INDICATORE		Nr donatori convocati telefonicamente/nr donatori che hanno donato dopo la convocazione
TARGET 2016		Mantenimento autosufficienza sangue
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		raccolte 6700 donazioni; consumo di sangue pari a 5710 sacche; cedute ai Centri Trasfusionali Liguri ben 884 sacche; richiesta interna pari a nr 73 sacche. Rispetto a 2015 minore richiesta e maggiore cessione Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Informatizzazione richieste trasfusionali: conclusione fase sperimentale e implementazione nuovi reparti (SC Immunoematologia e medicina trasfusionale)
INDICATORE		Applicazione richiesta trasfusionale informatizzata numero reparti coinvolti nel progetto
TARGET 2016		Entro 30/06 Avvio Emoward ed Emo – Bed Side nei reparti prescelti. Entro 31/12 applicazione 100% richiesta trasfusionale informatizzata e controllo al letto del paziente in tutti i reparti coinvolti nella programmazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Confronto fra richieste pervenute e richieste informatizzate Progetto Emoward: avvio e formazione attuati secondo crono programma con reparti di ch. vascolare, nefrologia, degenza breve con procedura di richiesta informatica ampiamente collaudata; la successiva fase di programmazione con ch toracica, ortopedia, chir piede, P.S. e rianimazione ha subito un rallentamento dovuto problemi informatici, in via di soluzione. Nefrologia = 96,9% richieste informatizzate Chirurgia Vascolare= 79,2% Degenza breve= 76,2% Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitorare l'indicatore "Percentuale di richieste inappropriate per trasfusioni di sangue e/o (SC Immunoematologia e medicina trasfusionale)
INDICATORE		Report sui risultati dell'indicatore e sulle azioni di miglioramento
TARGET 2016		Entro il 15.4, 15.7, 15.10 e 15.1.2017
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Allegato report con monitoraggio richieste non appropriate Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Sviluppare progettualità in area metropolitana di condivisione operativa dell'attività (SC Immunoematologia e medicina trasfusionale)
INDICATORE		Evidenza progetto
TARGET 2016		Entro 30/06 presentazione progetti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Non sviluppato progetto nel 2016 per problemi informatici che hanno impedito i collegamenti tra il Centro Esecutore e i Centri periferici. Erano già state implementate da Asl 3 le procedure di Change Control per una prospettica valutazione del rischio che tale cambiamento avrebbe potuto causare Dal 5/4/2017, l'attività di centralizzazione e lavorazione ha preso il via in maniera definitiva Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (<i>tutte le SSSC</i>)
INDICATORE		Corretta applicazione procedura "Lavaggio mani con utilizzo gel alcolico" secondo i criteri individuati dalla BP e da DGR 730/2015
TARGET 2016		Monitoraggio consumo gel alcolico = almeno 50% dell'indicatore "Infezioni RC1" individuato da DGR 730 del 29/5/2015, pari >= 20 litri/1000 gg assistenza. Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera/CIO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>SSD Cardiologia Riabilitativa: consumati 84,1 litri pari al 9,73/1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio: consumati 24,9 litri pari al 5,54 litri/1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi: consumati 35,6 litri pari al 7,5 litri su 1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Chirurgia: consumati 69,3 litri pari al 7,80 litri/1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Ortopedia e SSD Chirurgia del Piede: consumati 140,4 litri pari al 10,87 litri/1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Chirurgia Vascolare: consumati 19 litri pari al 6,13 litri/1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Urologia: consumati 38,9 litri pari al 7,15 litri/1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>Day Surgery Ortopedica: consumati 7,6 litri /anno Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>SSD One Day e Week Surgery: consumati 19,6 litri pari al 53,12 litri/1.000 gg degenza (369 gg degenza anno 2016) Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC Anestesia e Rianimazione - B.O: Consumati 22,4 litri / anno Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC Anestesia e Rianimazione - Rianimazione: Consumati 54,4 litri pari al 30,91 litri/1.000 gg degenza Terapia Subint Consumati 79 litri pari a 54,52 litri/1.000 gg degenza Terapia Int Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica: consumati 21,5 litri pari al 8,25 litri/1.000 gg degenza. Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Medicina d'Urgenza: consumati 83,7 litri pari al 12,10 litri/1.000 gg degenza. Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Neonatologia: consumati 9,5 litri pari al 4,29 litri/1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p>

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (<i>tutte le SSSC</i>)
INDICATORE		Corretta applicazione procedura "Lavaggio mani con utilizzo gel alcolico" secondo i criteri individuati dalla BP e da DGR 730/2015
TARGET 2016		Monitoraggio consumo gel alcolico = almeno 50% dell'indicatore "Infezioni RC1" individuato da DGR 730 del 29/5/2015, pari >= 20 litri/1000 gg assistenza. Monitoraggio SC Farmacia Ospedaliera/CIO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>S.C. Ostetricia e Ginecologia: consumati 26,8 litri pari al 6,43 litri/1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Medicina Interna: Med Int Villa Scassi consumati 165,7 litri pari al 6,16 litri/1.000 gg degenza Med Int Gallino consumati 75,5 litri pari a 8,30 litri/1.000 gg degenza. Med Int Micone consumati 31,7 litri pari a 3,80 litri/1.000 gg degenza. Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.S.D. Oncologia Ospedale Micone: consumati 8,7 litri/anno Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.S.D. Oncologia Ospedale Villa Scassi: consumati 15,7 litri/anno Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche: consumati 15,7 litri/anno Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Nefrologia: consumati 25,7 litri pari al 4,19 litri/1.000 gg degenza. Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Pneumologia: Colletta consumati 27,3 litri pari al 6,77 litri su 1.000 gg degenza. Villa Scassi consumati 58,2 litri pari al 6,88 litri su 1.000 gg degenza. Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale: Colletta consumati 39,3 litri pari al 4,01 litri su 1.000 gg degenza Territorio: consumati litri pari al 7,5 litri/anno Obiettivo parzialmente raggiunto 😊</p> <p>S.C. Reumatologia: Colletta consumati 19 litri pari al 5,70 litri su 1.000 gg degenza Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. Oculistica: amb Micone consumati 9,5 litri/anno, amb Villa Scassi consumati 12,9 litri/anno, ds Micone consumati 13,5 litri/anno Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p>S.C. O.R.L.: nel 2016 consumati 45,9 litri pari a 23,81 litri/1.000 gg degenza Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Neurologia: Micone consumati 15,2 litri pari a 4,58 litri su 1.000 gg degenza. Villa Scassi consumati 34,3 litri pari a 4,14 litri su 1.000 gg degenza per la degenza ord/ 30 litri pari a 19,4 litri su 1.000 gg deg. Obiettivo non raggiunto ☹</p>

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SSD Cardiologia Riabilitativa)
INDICATORE		Creazione DB ferite chirurgiche e attività infermieristica correlata
TARGET 2016		Inserimento DB 100% dati relativi a pazienti con ferite complicate. Monitoraggio CIO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Ricoveri totali nell'anno: 620 di cui 602 postchirurgici. Totale medicazioni effettuate su ferite chirurgiche = 6887 di cui: N° 2016 su 409 ferite sternotomiche N° 264 su 66 accessi minitoracotomici N° 325 su 81 accessi inguinali N° 489 su 103 safenectomie destre N° 518 su 112 safenectomie sinistre N° 2603 su 542 accessi di drenaggi toracici N° 652 su 95 lesioni da decubito. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SSD Cardiologia Riabilitativa)
INDICATORE		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
TARGET 2016		Almeno il 60% valutazioni fisioterapiche nella giornata di ricovero. Almeno l'80% valutazioni fisioterapiche nelle prime 24 h dall'ingresso. Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Controllo su un campione di cartelle (n° 30) il 90% aveva la valutazione a 24 ore dall'ingresso Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio e S.C. Cardiologia/ UTIC Villa Scassi, SC Anestesia e Rianimazione, SC Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica)
INDICATORE		Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare per elaborazione procedura aziendale "Gestione cateteri intravascolari e prevenzione infezioni correlate". Evidenza procedura
TARGET 2016		Entro 30/9 presentazione procedura e pubblicazione sul sito aziendale. Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Gruppo di lavoro costituito entro il 30 settembre la procedura era presente in bozza è stata pubblicata sul sito intranet 3/3/2017 ma completa di procedura su gestione di PIC e MID line. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (S.C. Chirurgia, SC Ortopedia, SC Chirurgia Vascolare, SC Urologia, SSD One Day e Week Surgery, SC Medicina Interna, SC Pneumologia, SC Neurologia)
INDICATORE		Consolidamento applicazione procedura "Catetere vescicale: appropriata prescrizione e gestione" secondo i criteri individuati dalla BP. Corretta e puntuale registrazione su Osservatorio Aziendale della tipologia di paziente e utilizzo dispositivo
TARGET 2016		Monitoraggio consumo dispositivi. Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Controllo a campione sono registrati su Osservatorio gli inserimenti. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (S.C. Medicina d'Urgenza)
INDICATORE		Completamento procedura aziendale sulla base della "Raccomandazione ministeriale nr 15" Nr eventi avversi in PS
TARGET 2016		Entro 30/9 presentazione procedura e pubblicazione sul sito aziendale . Verifica nr eventi avversi IV trimestre 2016 Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: procedura completata Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SSD Oncologia Sestri, SSD Oncologia Villa Scassi)
INDICATORE		Costituzione gruppo di lavoro per elaborazione procedura "Applicazione raccomandazione MDS nr 17" - Danni da mancata riconciliazione terapia farmacologica. Evidenza procedura. Scheda di riconciliazione
TARGET 2016		Entro 30/6 elaborazione procedura Entro 30/11 predisposizione scheda di riconciliazione Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Elaborata una procedura in bozza, l'applicazione della procedura è rimandata per problemi organizzativi non imputabili agli operatori. Procedura inviata alla firma a inizi 2017 Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (S.C. Neonatologia)
INDICATORE		Prosecuzione applicazione procedura "Percorso nascita in base alla raccomandazione MDS nr 16" secondo i criteri individuati dalla BP
TARGET 2016		Applicazione procedura al 100% dei casi Monitoraggio Direttore SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Controllo a campione. La procedura è applicata nel 100% dei casi Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (S.C. Ostetricia e Ginecologia)
INDICATORE		Applicazione procedura aziendale "Sostegno allattamento al seno" secondo i criteri individuati dalla BP
TARGET 2016		Al 31/10 applicazione procedura al 70% delle pazienti Monitoraggio Direttore SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Procedura esistente, agli atti ed applicata correttamente Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SSD Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche)
INDICATORE		Applicazione procedura "Video modalità di somministrazione insulina" rivolto a parenti/familiari e caregiver secondo i criteri individuati dalla BP
TARGET 2016		100% utilizzo come modalità operativa Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Le indicazioni vengono applicate nel 100% dei casi elettivi Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SC Nefrologia)
INDICATORE		Consolidamento applicazione procedura "Gestione FAV" secondo i criteri individuati dalla BP. Verifica funzionalità e controllo infezioni
TARGET 2016		Monitoraggio infezioni Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Le indicazioni vengono applicate nel 100% dei casi elettivi Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SC Recupero e Rieducazione Funzionale)
INDICATORE		Consolidamento applicazione procedura "Scheda di valutazione fisioterapica per pazienti anziani fragili nei diversi setting assistenziali" per Tecnici Riabilitazione - "Gestione disfagia" per Logopediste - secondo i criteri individuati dalla BP. Nr pazienti trattati
TARGET 2016		Da 1/4 il 100% dei nuovi pazienti con scheda di valutazione Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		scheda di valutazione anziani fragili applicata in cure domiciliari e cure intermedie Elaborata procedura disfagia sarà pubblicata nel 2017 Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SC Oculistica)
INDICATORE		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. Nr pazienti visti
TARGET 2016		Entro 30 giugno nr paz visti. Entro 31/12 riduzione nr deviazioni giornaliere (rilevazione genitore) Diminuzione angolo di strabismo (rilevazione ortottista). Monitoraggio Direttore SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		pazienti visitati: 43 inseriti nello studio: 34 migliorati - riduzione angolo di strabismo (rilevazione dell'ortottista): 20 (58,83%) migliorati - riduzione deviazione oculare nell'arco della giornata (rilevazione dei genitori): 21 (61,77%). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SC ORL)
INDICATORE		Applicazione procedura "Gestione disfagie" secondo i criteri individuati dalla BP. Nr pazienti trattati
TARGET 2016		Entro 30/6 applicazione procedura a nr pazienti Monitoraggio Direttore SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Scheda di valutazione anziani fragili applicata in cure domiciliari e cure intermedie. Elaborata procedura disfagia sarà pubblicata nel 2017. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SC Laboratorio Analisi)
INDICATORE		Partecipazione al percorso ALLERT nella sorveglianza delle ICAP Nr segnalazioni a reparto
TARGET 2016		Nr segnalazioni a reparto. Monitoraggio CIO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Report CIO corredato da nr segnalazioni inviate a reparto. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Consegna del materiale informativo (brochure) per il caregiver prodotto nell'audit 2015 (SC Recupero e Rieducazione Funzionale (territoriale))
INDICATORE		Consegna materiale informativo
TARGET 2016		Evidenza della comunicazione tramite segnalazione in cartella e lettera di dimissione. Consegna del materiale al 100% pazienti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Verifiche effettuate dai coordinatori su campione cartelle la brochure è stata consegnata al 100% pz Parkinson e Colonna, al 90% per altre patologie Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Questionario sulla soddisfazione del paziente ambulatoriale (SSD Cardiologia Riabilitativa, S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio e S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi, SC Neurologia, SC Oculistica)
INDICATORE		Nr questionari somministrati
TARGET 2016		10% di questionari somministrati sul totale delle visite da marzo a dicembre. Monitoraggio SS Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		nel periodo compreso tra 08.02.2016 e 21.03.2016 SSD Cardiologia Riabilitativa : presso Stab Colletta somministrato 12,1% questionari Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio: presso Stab Micone somministrato 17,1% questionari Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Cardiologia/UTIC Villa: presso Stab Villa Scassi somministrato 12,6% questionari Obiettivo raggiunto ☺ S.C Neurologia: presso Stab Micone somministrato 17,1% questionari. Obiettivo raggiunto ☺ S.C Oculistica: presso Stab Micone somministrato 17,1% questionari. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Questionario sulla soddisfazione del paziente ambulatoriale (SSD Chirurgia del piede, SC OrI)
INDICATORE		Nr questionari somministrati
TARGET 2016		10% di questionari somministrati sul totale delle visite da marzo a dicembre. Monitoraggio SS Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		nel periodo compreso tra 08.02.2016 e 21.03.2016 S.C ORL: presso Stab Micone somministrato 17,1% questionari. Obiettivo raggiunto ☺ SSD Chirurgia del piede: presso Stab Villa Scassi somministrato 12,6% questionari; presso Stab Gallino somministrato nello stesso periodo 23% questionari. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Questionario sulla soddisfazione del paziente ambulatoriale (DS Ortopedica)
INDICATORE		Esistenza questionario. Nr questionari somministrati
TARGET 2016		Elaborazione questionario entro 31/5. Almeno il 90% di questionari somministrati sul totale delle visite da giugno a dicembre
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione SC Pianificazione, Programmazione e Organizzazione Sanitaria: nel periodo compreso tra 08.02.2016 e 21.03.2016 presso Stab Micone somministrato 17,1% questionari. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Questionario sulla soddisfazione del paziente ambulatoriale (SSD Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche, SC Nefrologia, SC Pneumologia, SC Recupero e Rieducazione Funzionale (Ospedale La Colletta, SC Reumatologia)
INDICATORE		Nr questionari somministrati
TARGET 2016		Almeno l'80% di questionari somministrati sul totale delle visite da aprile a dicembre. Monitoraggio SS Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione SC Pianificazione, Programmazione e Organizzazione Sanitaria: nel periodo compreso tra 08.02.2016 e 21.03.2016 presso Stab Colletta somministrato 12,1% questionari; presso Stab Villa Scassi 12,6% Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Questionario sulla qualità dell'assistenza ricevuta (SC Neonatologia, SC Ostetricia e Ginecologia)
INDICATORE		Nr questionari somministrati e nr questionari restituiti rispetto al nr pazienti ostetricia. Report finale
TARGET 2016		Distribuzione al 100% delle pazienti. Almeno il 70% questionari restituiti processati. Entro 30/1/2017 invio Direzione Sanitaria e CCD report di sintesi con risultati raggiunti. Monitoraggio SS Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione SC Pianificazione, Programmazione e Organizzazione Sanitaria: nel periodo compreso tra 08.02.2016 e 21.03.2016 presso Stab Villa Scassi somministrato complessivamente il 12,6% di questionari. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Attivazione ambulatorio territoriale infermieristico per la gestione dello scopenso in collaborazione con area ospedaliera (SSD Cardiologia Riabilitativa, (S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio e S.C. Cardiologia/ UTIC Villa Scassi)
INDICATORE		Evidenza agende
TARGET 2016		Entro il 30 giugno attivazione ambulatorio infermieristico con apertura agende dedicate. Monitoraggio SC POU/SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		A partire dal 1/6 si sono attivati e sono ad oggi attivi 1 amb a sestri 1 amb a nervi 1 amb a villa de mari 1 amb a pontex ed altre sedi verranno attivate a breve. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Sperimentazione scheda "Documentazione attività O.S.S." (SC Chirurgia, SC Ortopedia, SC Chirurgia Vascolare, SC Urologia, SSD One Day e Week Surgery, SSD Chirurgia del piede, DS Ortopedica, SC Oculistica, SC Orl)
INDICATORE		Nr schede compilate
TARGET 2016		Applicazione scheda compilata secondo le modalità concordate al 100% dei pazienti. Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Controllo campione di cartelle del dipartimento chirurgie 100% di schede OSS compilate. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Corretta applicazione delle procedure aziendali di "prevenzione delle lesioni da pressione (LDP)" e "trattamento delle lesioni da pressione LDP" (SC Ortopedia)
INDICATORE		N° pazienti osservati/Tot. Paz. Ric.
TARGET 2016		Percentuale <=5% . Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		157 pz con LDP su un tot di 1163 pari al 13,50%. Obiettivo non raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Comparto	Implementazione ed applicazione delle procedure aziendali di "prevenzione delle lesioni da pressione (LDP)" e "trattamento delle lesioni da pressione LDP" (SC Medicina d'Urgenza)
INDICATORE		N° pazienti osservati/Tot. Paz. Ric.
TARGET 2016		Riduzione 0.5 % lesioni rispetto a standard aziendale (standard aziendale 2014=1,99). Monitoraggio CIO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direzione POU: incidenza 3,85% (43 pz con LDP su un tot di 1117 pz) Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Riduzione cadute e contestuale riduzione LDP (SC Urologia)
INDICATORE		% di incidenza LDP <=5%. diminuzioni lesioni =10%
TARGET 2016		Ldp Mantenimento % Anno 2015. Cadute <5,6%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione POU: 7 pz con LDP su 943 pz tot pari allo 0,74% Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Corretta compilazione per la parte di competenza della check list operatoria (SC Anestesia e rianimazione)
INDICATORE		100% cartelle compilate
TARGET 2016		100% cartelle compilate in tutti i parametri Controlli a campione e monitoraggio NOC e UGR
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direzione POU: Invio Mensile da parte del Direttore della S.C. Anestesia e Rianimazione di schema riassuntivo del programma mensile delle sedute operatorie con evidenza delle assegnazioni di sedute in base alle liste di attesa delle SS.CC. SS.SS. Chirurgiche - invio antecedente ad inizio mensilità via mail. Evidenza agli atti Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Registrazione su Osservatorio Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali - Area dedicata (SC Anestesia e rianimazione, SC Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica, SC Medicina d'Urgenza, SC Nefrologia)
INDICATORE		Gestione catetere vescicale - Corretta compilazione parametri presenti
TARGET 2016		Registrazione 100% dei pazienti con CV Monitoraggio CIO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione CIO: riscontro tra portale e cartella clinica controllo random Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Miglioramento appropriatezza nell'assegnazione codici triage in confronto con dati SIMEU relativamente ai codici gialli (SC Medicina d'Urgenza)
INDICATORE		Differenza di % tra codice assegnato al triage e codice assegnato alla dimissione
TARGET 2016		Sestri = 90% Villa Scassi = 90%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Dir POU - dati agli atti: P.A. Micone 86% - V. Scassi 71%. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Revisione dei processi di lavoro in UFA (SSD Oncologia Sestri, SSD Oncologia Villa Scassi)
INDICATORE		Adozione modulistica revisionata
TARGET 2016		Al 30/12 100% moduli compilati . Monitoraggio SC POU/SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie Tutti i processi di lavoro sono codificati in Istruzioni Operative e Moduli di registrazione. La modulistica prevista viene giornalmente compilata Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Comparto	Rimodulazione dell'offerta aziendale di prestazioni ambulatoriali di Oculistica/Ortottica, con integrazione componente ospedaliera e territoriale (SC Oculistica)
INDICATORE		Nr prestazioni erogate
TARGET 2016		Mantenimento nr prestazioni di oculistica/ortottica erogate dagli ambulatori aziendali nell'Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Anno 2015= 48.089 Anno 2016= 48.068 Obiettivo raggiunto 😊

AREA TERRITORIALE

Dipartimenti territoriali		Cure Primarie e Attività Distrettuali, Attività Farmaceutiche, Prevenzione, Salute Mentale e dipendenze
AREA		Efficienza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura (tutte le SSCC)
INDICATORE		Consumato relativo a Beni sanitari e non sanitari
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Vedi allegato n. 2
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione costi per acquisti servizi (SS.CC. Distretti Socio Sanitari)
INDICATORE		Spesa Aziendale/DDSS relativa a: PP.AA. Residenzialità Anziani/Disabili Integrativa
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2016 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2016 per tipologia di attività. Report CCD (portale Direzionale)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il tetto di Budget assegnato è stato in parte rispettato.. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione costi relativi all'acquisto di servizi sanitari (residenzialità, ambul..) SC Ass. Consultoriale (MMG,ambul, PPAA...) (Dip. Farm., SC Cure Primarie) Ottimizzazione costi relativi all'acquisto di servizi sanitari (Custodia attenuata, HIV), di concerto con SC SERT (SSD Tutela salute in amb. Penitenz.)
INDICATORE		Rispetto budget economico assegnato
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget anno 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC Ass. Consultoriale: Anno 2015 = 2.415 Anno 2016 = 2.374. Obiettivo raggiunto ☺ SC Cure Primarie: Anno 2015 = 97.700 Anno 2016 = 97.739 Obiettivo parzialmente raggiunto ☺ SSD Tutela salute in amb. Penitenz.: Obiettivo raggiunto ☺ Dip. Attività Farmaceutiche: la differenza in incremento dei costi è coerente con l'atteso incremento del consumo dei farmaci oncologici innovativi, antitrombotici (NAO), e l'Alemtuzumab per il quale è stato richiesto un incremento di finanziamento alla Regione. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Efficienza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Contenimento costi - Appropriately fornitura ausili – verifica utilizzo ausili a domicilio del paziente (SSCC Distretti)
INDICATORE		% Riduzione Spesa protesica Anno 2015 % schede compilate /nr nuovi pazienti presi in carico nel corso del 2016 che utilizzano ausili
TARGET 2016		Riduzione 5% spesa rispetto Anno 2015. 80% schede di monitoraggio compilate rispetto a n° nuovi pazienti presi in carico nel corso del 2016 che utilizzano ausili. Report Direttore Dip Cure Primarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>SS.CC. Distretti Socio Sanitari: Spesa protesica anno 2015 = 5.071 anno 2016 =5.210</p> <p>S.C. Distretto 8 Ponente: Dal mese di aprile 2016 è stata rilevata dagli operatori delle Cure Domiciliari, attraverso compilazione dell'apposita scheda, la presenza e l'utilizzo di ausili protesici. L'indagine è stata effettuata su 420 pazienti (totale pazienti presi in carico 455) per un totale del 92 %. I pazienti con ausili sono risultati 134.</p> <p>S.C. Distretto 9 Medio Ponente: Nel 2016 e' stato somministrato da parte del personale delle Cure Domiciliari un questionario per verificare l'utilizzo effettivo degli ausili da parte dei pazienti in carico. Sono state compilate n. 149 schede rispetto ad un n. di 149 pazienti in carico nel corso del 2016 che utilizzano ausili, pari ad una percentuale del 100%.</p> <p>S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia: Sono state compilate il 98 % delle schede di monitoraggio (n.611) rispetto al n. dei nuovi pazienti presi in carico nel 2016(625). Relativamente ai n.203 pazienti che utilizzano ausili la % è del 100%. Dal punto di vista economico invece il valore espresso dei costi non rispetta il tetto di budget fissato.</p> <p>S.C. Distretto 11 Centro: Sono state compilate le schede riguardanti il 100% dei pazienti presi in carico nel 2016</p> <p>S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia: Le schede compilate rispetto a n° nuovi pazienti presi in carico nel corso del 2016 e che utilizzano ausili è stata pari al 100%.</p> <p>S.C. Distretto 13 Levante: le schede di monitoraggio sono state compilate al 100% (570 schede su 570 pazienti presi in carico dalle Cure Domiciliari)</p> <p>Per tutte le SS.CC. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺</p>

AREA		Efficienza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rispetto budget economico relativo a emolumenti per componenti Commissioni Invalidità Civile (SC Medicina Legale)
INDICATORE		Importo liquidato
TARGET 2016		Riduzione 5% rispetto Anno 2014 emolumenti per commissioni. Report Bilancio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Anno 2016 €. 360.830,48 che rappresenta una riduzione di oltre il 5% rispetto all'anno 2014. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione costi per acquisti servizi (SSCC CSM, SC Sert, SSD Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale)
INDICATORE		Spesa DSM relativa a strutture convenzionate per l'assistenza residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale nell'area psichiatrica e delle dipendenze
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2016 Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2016 per tipologia di attività. Report CCD (portale Direzionale)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SS.CC. Salute Mentale e S.D. Funzione Amministrativa Dip. Salute Mentale: Budget € 15.645 Consuntivo 2016 € 15.128. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Sert: Budget € 6.747 Consuntivo 2016 € 6.594. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione dei costi del Dipartimento attraverso costante attività di verifica e di coordinamento dei poli distrettuali (Direttore Dip. Cure Primarie, Direttore Dip. Prevenzione, Direttore Dip. Salute Mentale e Dipendenze)
INDICATORE		Rispetto budget economico assegnato
TARGET 2016		Rispetto Budget Assegnato. Verifica CCD/Bilancio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Direttore Dip. Cure Primarie: Il budget nel suo complesso è stato sostanzialmente rispettato. Obiettivo raggiunto ☺ Direttore Dip. Salute Mentale e Dipendenze: Lo sfioramento del budget economico nel CSM 10 risulta correlato a problemi di registrazione nella consegna diretta di farmaci Antipsicotici di II generazione. Tali problemi di natura tecnica sono in via di risoluzione. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺ Direttore Dip. Prevenzione: i budget assegnati alle Strutture sono stati rispettati ad eccezione della SC PSAL. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA		Efficienza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Avvio armadietto di reparto (S.C. Farmacia Ospedaliera)
INDICATORE		Evidenza progetto ed avvio
TARGET 2016		Entro 30/06 presentazione progetto entro 1/10 avvio sperimentale in 4 reparti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		In data 30/04/2016 è stato predisposto progetto specifico per l'avvio dell'utilizzo del programma Gestione Farmaci informatizzata tramite armadio di reparto. Sono state richieste dalla Struttura incontri con il SIA e con il direttore delle Professioni Infermieristiche, che si sono effettuati. ad oggi il progetto ed il programma non sono ancora stati testati nei reparti individuati. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Potenziamento distribuzione diretta (S.C. Farmacia Ospedaliera, S.C. Farmaceutica Convenzionata)
INDICATORE		Importo distribuzione diretta farmaci rispetto anno 2015
TARGET 2016		Incremento 10% valore economico rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		S.C. Farmacia Ospedaliera Importo distribuzione diretta dell'anno 2016 € 23.009.408,98, corrispondente ad un incremento, rispetto al 2015, del 18%. Obiettivo raggiunto 😊 S.C. Farmaceutica Convenzionata: Importo distribuzione diretta dell'anno 2016 € 10.212.726,16, corrispondente ad un incremento, rispetto al 2015, del 37%. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dal Dipartimento (Direttore Dip. Attività farmaceutiche)
INDICATORE		Rispetto budget economico assegnato
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2015 Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La differenza in incremento dei costi è coerente con l'atteso incremento del consumo dei farmaci oncologici innovativi, antitrombotici (NAO), e l'Alemtuzumab per il quale è stato richiesto un incremento di finanziamento alla Regione. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Adempimenti relativi al mantenimento certificazione (secondo norma ISO 9001) e al rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale (tutte le SSCC)
INDICATORE		Aggiornamento documentazione di sistema ai sensi della normativa cogente in materia di accreditamento e secondo norma ISO 9001
TARGET 2016		Entro 30/4 (per Strutture certificate) Entro 30/06 in conformità a quanto previsto dai requisiti per l'accREDITamento istituzionale. Aggiornamento della documentazione di sistema da parte dei Referenti Qualità/ AccredITamento della S.C. Monitoraggio Settore Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Tutte le SS.CC.: Relazione SC P.P.O.: la Struttura ha provveduto nel corso del 2016 a mantenere aggiornata la documentazione delle singole strutture, in quanto era in previsione una verifica entro l'anno da parte di A.Li.Sa. La scelta di revisionare il manuale da parte dell'Agencia ha plausibilmente determinato un ritardo rispetto a quanto prestabilito. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Azioni relative alla comunicazione istituzionale (tutte SSCC)
INDICATORE		Aggiornamento/ implementazione specifiche sezioni sito aziendale
TARGET 2016		Entro 30/4 Verifica sezione sito dedicata e contestuale comunicazione al Settore Comunicazione (redazione Sito) da parte dei Referenti della S.C. Entro 30/10 Comunicazione di conformità del sito al Settore Comunicazione. Monitoraggio Settore Comunicazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Tutte le SS.CC.: Relazione SC P.P.O. :A tutte le strutture aziendali coinvolte a far data dal 10/3/2016 è stato inviato il format della nuova Carta dei Servizi al fine di omogeneizzare le modalità di illustrazione delle attività. Con email del 31/12/2016 il settore Comunicazione ha provveduto all'aggiornamento della carta dei Servizi di tutte le strutture supervisionate dal settore Qualità afferente alla S.C. P.P.O. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Azioni relative alla comunicazione istituzionale (SS.CC. e S.S.D. Dipartimento di Prevenzione)
INDICATORE		Inserimento nella pagina web dedicata di almeno 3 temi di Sanità Pubblica
TARGET 2016		Entro 30/6 completamento dei tre temi di Sanità Pubblica individuati e avvio della casella di posta dedicata alle comunicazioni da e verso cittadini, associazioni, ecc. Entro 30/11 risposta al 100% delle mail pervenute. Monitoraggio Settore Comunicazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>SC Igiene e Sanità Pubblica: Verificate e aggiornate le principali pagine di riferimento per il cittadino sulla base delle indicazioni raccolte. I tre temi trattati sono stati: Amianto, Ictus e Meningite. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC Igiene Alimenti: inseriti i seguenti temi di sanità pubblica: 1) Funghi senza rischi; 2) Come leggere le etichette nutrizionali; 3) La ristorazione collettiva; 4) La corretta Alimentazione. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC Igiene degli alimenti di OA: inseriti i seguenti temi di sanità pubblica: 1) Intossicazione da stafilococchi; 2) Trichinosi; 3) Sindrome sgombroide.. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC Medicina Legale: Verificate e aggiornate le principali pagine di riferimento per il cittadino sulla base delle indicazioni raccolte. I tre temi trattati sono stati: Invalidità civile patenti e CML, astensione per gravidanza. La sella di posta è operativa e le problematiche trovano risposta entro le 24 h. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC PSAL: Attività avviata ed assicurata nei tempi previsti. I temi individuati sono stati: gestione esposti, gestione malattie professionali e gestione ricorsi avverso giudizio medico competente. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC Sanità Animale: Entro il 30/06 sono stati individuati ed inseriti sul sito aziendale tre temi di Sanità Pubblica. Al fine di una migliore e più efficace gestione delle comunicazioni provenienti da e verso i cittadini, associazioni, ecc. , mantenuto come riferimento l'indirizzo della casella di posta elettronica istituzionale proprio della S.C. Risposta al 100% delle mail pervenute. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione: Verificate e aggiornate le principali pagine di riferimento per il cittadino sulla base delle indicazioni raccolte. Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	PDTA formulati nel 2015: applicazione, misurazione degli indicatori ed eventuale revisione in un'ottica di processo di miglioramento continuo. (SSCC Distretti Socio Sanitari)
INDICATORE		Evidenza dell'applicazione del PDTA in itinere su pazienti presi in carico
TARGET 2016		Entro 30/06 applicazione PDTA al 100% pazienti presi in carico
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>SC DDS 8: L'obiettivo è stato raggiunto nei tempi indicati (mail del 28.2.2017 trasmessa al CCD). Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC DDS 9: Presso l'ambulatorio infermieristico del Palazzo della Salute di Fiumara è stata ampliata l'offerta di prestazioni con la presa in carico di tipo pro attivo per i pazienti a rischio di BPCO (da dicembre 2016). Ai pazienti individuati viene somministrato il questionario GOLD al fine di una diagnosi precoce di BPCO con coinvolgimento del MMG nel caso il questionario risultasse positivo. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC DDS 10: Come da nota n. 52114689 del 28.2.2017 100% pz presi in carico Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC DDS 11: Come da nota Prot.n.31150 del 1.3.2017 l'obiettivo è stato raggiunto nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC DDS 12: Come da nota Prot. n.29912 del 28.2.2017, PDTA applicato al 100% dei pazienti presi in carico. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC DDS 13: Come da nota Prot.n.30130 del 28.2.2017 PDTA applicato nei termini al 100 % dei pazienti presi in carico. Obiettivo raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Applicazione PDTA Aziendale "Insufficienza Cardiaca" negli ambulatori infermieristici distrettuali (SSCC Distretti Socio Sanitari)
INDICATORE		1) Nr ambulatori infermieristici che applicano il PDTA/Tot amb infermieristici. 2) Nr utenti presi in carico/Nr utenti segnalati per monitoraggio ins cardiaca
TARGET 2016		1) Almeno 1 ambulatorio infermieristico in ogni distretto applica il PDTA entro 31 dicembre 2016. Report Direttore Dip Cure Primarie. 2) Entro 30/06 applicazione PDTA al 100% pazienti presi in carico. Report Direttore Dip Cure Primarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SSCC Distretti Socio Sanitari: Entrambi gli obiettivi sono stati raggiunti nei tempi previsti (mail del 28.2.2017 trasmessa al CCD da parte del Direttore del Dip. Cure primarie) Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	PDTA formulati nel 2015: applicazione, misurazione degli indicatori ed eventuale revisione in un'ottica di processo di miglioramento continuo. (SC Cure Primarie)
INDICATORE		Evidenza dell'applicazione del PDTA in itinere su pazienti presi in carico . Nr incontri con AFT per monitoraggio applicazione PDTA
TARGET 2016		Entro 30/06 applicazione PDTA al 100% pazienti presi in carico dai Distretti. Almeno un incontro per AFT
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		S.C. Cure Primarie: Come da Prot. n.29014 del 27.2.2017 l'attività è stata svolta nei tempi e modi previsti. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	PDTA per la depressione , formulato nel 2015: applicazione, misurazione degli indicatori ed eventuale revisione in un'ottica di processo di miglioramento continuo. (SSCC CSM, SC SPDC AO IST San Martino)
INDICATORE		Evidenza dell'applicazione del PDTA in itinere su pazienti presi in carico
TARGET 2016		Entro 31/03 applicazione PDTA al 100% nuovi pazienti presi in carico. Monitoraggio UGR/ Settore Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Documentazione disponibile agli atti Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Referti on line: implementazione (SSCC Distretti Socio Sanitari)
INDICATORE		Nr referti on line rispetto Anno 2015
TARGET 2016		Incremento 20% referti on line rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC DDS 8: referti online anno 2015 = 4.492 anno 2016 = 7.129 incremento pari al 58%. Obiettivo raggiunto ☺ SC DDS 9: referti online anno 2015 = 7.730 anno 2016 = 12.046 incremento pari al 55%. Obiettivo raggiunto ☺ SC DDS 10: referti online anno 2015 = 1.802 anno 2016 = 6.416 incremento pari al 256%. Obiettivo raggiunto ☺ SC DDS 11: referti online anno 2015 = 1.243 anno 2016 = 8.655. Obiettivo raggiunto ☺ SC DDS 12: referti online anno 2015 = 6.133 anno 2016 = 9.791. Obiettivo raggiunto ☺ SC DDS 13: Rispetto al 2015 si è registrato un coerente aumento dei referti Online. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gestione Audit clinico sul tema "Dolore" con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011" (Cure Domiciliari Distretti Socio Sanitari)
INDICATORE		Evidenza implementazione attività legate al trattamento del dolore
TARGET 2016		Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, azioni di miglioramento concordate, grado di implementazione raggiunto. Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SS.CC. Distretti Socio Sanitari (Cure Domiciliari): Sono state rispettate le indicazioni dell'obiettivo. Gli incontri di audit clinico sul tema "Dolore" sono stati organizzati secondo le modalità previste; la documentazione richiesta per ECM è stata inviata alla S.C. Formazione ed i verbali all'UGR Aziendale. Sono state implementate le azioni di miglioramento concordate. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gestione Audit clinico sul tema concordato con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011" (S.C. SPDC AO IST San Martino)
INDICATORE		Entro 30/3 evidenza argomento definito per lo sviluppo dell'audit clinico. Relazione finale
TARGET 2016		Entro 30/12 relazione che descriva attività intraprese, criticità evidenziate, azioni correttive proposte. Monitoraggio UGR di concerto con Settore Qualità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione conclusiva Responsabili Scientifici corso Audit Clinico pubblicata sulla Intranet Aziendale Documentazione disponibile agli atti conservata presso Segreteria UGR. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Applicazione procedura "Consenso informato" (S.C. SPDC AO IST San Martino)
INDICATORE		Nr cartelle con consenso informato/Tot cartelle
TARGET 2016		Verifica a campione: consenso informato per il 100% delle cartelle in esame. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione SC POU: consenso informato presente nel 100% cartelle esaminate. Documentazione disponibile agli atti conservata presso DMO Villa Scassi. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attuazione azioni previste per il 2016 nel Piano Strategico Triennale: rimodulazione e riorganizzazione sedi, attività ed offerta, personale, nuove forme di collaborazione e di integrazione con MMG, Aziende ospedaliere, Strutture accreditate (<i>SSCC Distretti Socio Sanitari, SC Ass. Consultoriale, SC Cure Primarie, SSD Cure Palliative, Direttore Dip. Cure Primarie, SSCC Salute Mentale, SC SPDC AO IST San Martino, SC Sert, SSD Centro Disturbi del comport.to alimentare, Direttore Dip. Salute Mentale e Dip., SC Farmac. Convenz., SC Farmac. Ospedaliera, Direttore Dip. Attività Farmaceutiche</i>)
INDICATORE		Grado di realizzazione delle azioni
TARGET 2016		100% azioni realizzate secondo la tempistica prevista Rispondenza agli standard Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p><i>SSCC Distretti Socio Sanitari, SC Cure Primarie, Direttore Dip. Cure Primarie, SC Farmac. Convenz., SC Farmac. Ospedaliera, Direttore Dip. Attività Farmaceutiche</i>: tutte le azioni previste dal piano sono state realizzate secondo la tempistica e nel rispetto degli standard della direzione Strategica. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><i>SC Ass. Consultoriale</i>: è stata data attuazione al 100% delle azioni previste: rimodulazione e riorganizzazione sedi, attività ed offerta, personale, nuove forme di collaborazione e di integrazione con MMG ecc.... Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><i>SSD Cure Palliative</i>: è stato attivato l'ambulatorio di Arenzano, Piazza Golgi per il DSS 8 (prenotazioni via CUP) nonché l'ambulatorio "Simultaneous Care" per Cure palliative precoci. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><i>SSCC Salute Mentale, SC SPDC AO IST San Martino, Direttore Dip. Salute Mentale</i>: E' stato portato avanti il programma di riorganizzazione del Dip. con progressiva attuazione degli obiettivi previsti dal piano triennale. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><i>SC Sert</i>: Presentata proposta di Piano Aziendale sulle Dipendenze alla Direzione Strategica successiva revisione della stesso in base alle indicazioni del tavolo di confronto con i sindacati. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><i>SSD Centro Disturbi comport.to alimentare</i>: E' stato effettuato un monitoraggio delle attività del Centro e una revisione delle procedure di invio alla strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate (Villa del Principe). E' stato implementato sistema di indicatori quali-quantitativi per la valutazione della performance del Centro e prodotta reportistica. Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Attuazione azioni previste per il 2016 nel Piano Strategico Triennale: rimodulazione e riorganizzazione sedi, attività ed offerta, personale, nuove forme di collaborazione e di integrazione (<i>SC Igiene Alimenti di Origine Animale</i>)
INDICATORE		Grado di realizzazione delle azioni
TARGET 2016		100% azioni realizzate secondo la tempistica prevista Rispondenza agli standard Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Le azioni sono state realizzate secondo la tempistica prevista Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Piena applicazione analisi di processo per dote di cura – vita indipendente (DGR n°941/'14 e DGR n°446/'15) (<i>SSCC Distretti Socio Sanitari</i>)
INDICATORE		Nr pratiche evase nei gg. prestabiliti da analisi di processo (90 giorni) /nr pratiche pervenute
TARGET 2016		Evasione 90 % pratiche pervenute entro gg. 90 Report Direttore Dip Cure Primarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>S.C. Distretto Socio Sanitario 8: nota n. 46684690 del 4.4.2017 sono state evase il 93 % delle pratiche pervenute Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 9: pratiche evase entro 90 giorni nel corso del 2016 = 9 sul totale di 10, pari ad una percentuale del 90%. Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 10: nota prot.n.52114689 del 28.2.2017 sono state evase il 100 % delle pratiche pervenute Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 11: nota Prot.n.31150 del 1.3.2017 sono state evase il 100 % delle pratiche pervenute al Distretto 11 (n.7) Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 12: Sono state evase il 100% delle pratiche nei tempi attesi Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 13: Prot.n.30130 del 28.2.2017 è stato evaso il 100% delle pratiche (n.10) pervenute entro i 90 gg. Obiettivo raggiunto 😊</p>

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Partecipazione al gruppo di lavoro, coordinato da Direttore Dip. Cure Primarie, istituito al fine di riorganizzazione dei CUP (SSCC DSS, Direttore Dip. Cure Primarie)
INDICATORE		Tempistica Nomina Gruppo e sua operatività. Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 30/04 Nomina gruppo. Entro 30/10 Invio Analisi con proposta soluzioni di riorganizzazione. Monitoraggio DA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Note n. 29014 del 27.2.2017 del direttore della S.C. Cure Primarie e n. 49411696 della S.C. Affari del Personale. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione e miglioramento informazioni caricate sullo Sportello Unico Distrettuale ai fini dell'utilizzo a regime del Portale Direzionale OSLO (SSCC DSS, SC Cure Primarie)
INDICATORE		% Caricamento informazioni relative a protesica, integrativa, residenzialità, domiciliarità, ambulatori infermieristici comprese le prese in carico proattive. Nr accessi sul portale Nr segnalazioni al CCD per errori su DWH
TARGET 2016		100% dati caricati su SPD. Almeno 4 accessi/mese su Portale Almeno 4 segnalazioni/mese su DWH. Report SIA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		S.C. Distretto Socio Sanitario 8: caricate su SPD tutte le informazioni relative a protesica, integrativa, residenzialità, domiciliarità e ambulatorio infermieristico. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Distretto Socio Sanitario 9: caricate su SPD il 100% delle informazioni relative a protesica, integrativa, residenzialità, domiciliarità, ambulatori infermieristici, comprese le prese in carico proattive. Nel periodo considerato non si sono rilevate difformità e pertanto non si è ritenuto di dover procedere a segnalazioni al CCD. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Distretto Socio Sanitario 10: La totalità dei dati è stata caricata su SPD. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Distretto Socio Sanitario 11 su SPD le informazioni relative a protesica, integrativa, residenzialità, domiciliarità, ambulatori infermieristici comprese le prese in carico proattive. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Distretto Socio Sanitario 12: Il 100% dei dati è stato caricato su SPD. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Distretto Socio Sanitario 13: caricati su SPD il 100% delle informazioni relative a protesica, integrativa, residenzialità, domiciliarità, ambulatori infermieristici. Le segnalazioni sono state inviate in Regione. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Cure Primarie: tutti i dati sono stati caricati su SPD. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione e miglioramento informazioni caricate sullo Sportello Unico Distrettuale ai fini dell'utilizzo a regime del Portale Direzionale OSLO (SSD Cure Palliative)
INDICATORE		% Caricamento informazioni relative cure palliative Nr accessi sul portale. Nr segnalazioni al CCD per errori su DWH
TARGET 2016		100% dati caricati su SPD. Almeno 4 accessi/mese su Portale Report SIA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		l'inserimento delle prestazioni erogate da parte degli operatori di Asl 3 sullo Sportello Polifunzionale distrettuale (SPD) è stato attuato per il 100% dei pazienti seguiti. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Garantire le azioni di empowerment per pazienti fragili anziani >80 anni nel processo delle attività fisioterapiche distrettuali per la prevenzione del rischio cadute (SSCC Distretti Socio Sanitari)
INDICATORE		Schede compilate con indicazione di AFA domiciliare /utenti in carico
TARGET 2016		Per il 30% degli anziani presi in carico è compilata la scheda Report Direttore DSS 10
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>S.C. Distretto Socio Sanitario 8: per il 30% degli anziani presi in carico è stata compilata la Scheda AFA. Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 9: Per il 30% degli anziani > 80 anni presi in carico dai fisioterapisti delle Cure Domiciliari è stata compilata la Scheda di prevenzione cadute (all'interno delle pagine 3-4 della SVFT_02 scheda di valutazione fisioterapica). Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 10: schede compilate per il 30% degli anziani > 80 anni. Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 11 Per il 30% degli anziani presi in carico è stata compilata la scheda con indicazione di AFA domiciliare. Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 12: schede compilate per il 30% degli anziani > 80 anni. Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 13: le schede AFA sono state compilate per oltre il 30 % degli utenti presi in carico. Obiettivo raggiunto 😊</p>

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione della scheda di valutazione fisioterapia già in uso nelle attività fisioterapiche distrettuali con monitoraggio dei dati emersi sul "rischio caduta" (SSCC Distretti Socio Sanitari)
INDICATORE		Nr schede compilate/tot utenti presi in carico nel 2016
TARGET 2016		per il 90% degli utenti in carico è compilata la scheda fisioterapia. Report a carico del DSS 10
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>S.C. Distretto Socio Sanitario 8: è stata compilata la Check list Individuazione pazienti a rischio cadute per oltre il 98% degli anziani presi in carico. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 9: E' stata compilata la Ceck list individuazione pazienti a rischio cadute (all'interno della pagina 4 della SVFT_02) per oltre il 98% degli anziani presi in carico. E' stato effettuato il Recall Telefonico a 6 mesi per il 40% degli utenti dimessi per cure terminate dal Servizio di Fisioterapia delle Cure Domiciliari. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 10: è stata compilata la Checklist Individuazione pazienti per il 98 % degli anziani presi in carico relativamente alle schede di valutazione fisioterapia. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 11 per il 98 % degli utenti è compilata la scheda fisioterapia. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 12: E' stata compilata la check list Individuazione pazienti a rischio cadute per oltre il 98% degli anziani presi in carico. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>S.C. Distretto Socio Sanitario 13: per il 90% degli utenti presi in carico è stata compilata la scheda fisioterapia. Obiettivo raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto di mappatura delle competenze del personale all'interno della Struttura Complessa (SC Ass. Consultoriale)
INDICATORE		1) Incontro informativo di presentazione del progetto 2) Scheda di mappatura compilata per il profilo di assistente sociale
TARGET 2016		1) Entro il 31/3 convocazione incontro e redazione verbale 2) Entro il 30/11 presentazione scheda di mappatura compilata. Relazione Coordinatore Assistenti Sociali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		nota ID n.53815906 del 30.5.2017 inviata al CCD sono stati effettuati 3 incontri con il Servizio Sociale Aziendale. Sono poi state redatte le schede di Job Description delle assistenti sociali consultoriali. Tale attività è stata rendicontata. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Verifica di concerto con CCD della reportistica specifica utilizzata dalla S.C.A.C. su DWH Aziendale per produrre dati di attività ad uso della Direzione Strategica (SC Ass. Consulitoriale)
INDICATORE		Analisi della reportistica. Nr incontri Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 30/6 analisi della reportistica relativa alla SC Ass.za Consulitoriale attraverso almeno 4 incontri congiunti CCD/Ass Consulitoriale. Entro 30/11 validazione documento con indicazione della reportistica di area consulitoriale presente su Dwh Aziendale ad uso della Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono stati effettuati 4 incontri congiunti CCD/Assistenza Consulitoriale nelle seguenti date: 9/3 5/4 2/5 19/7. Con Prot.n.159014 del 30.11.2016 trasmesso dal CCD viene certificata la creazione nel DWH aziendale di un'area dedicata al consultorio contenente report standardizzati per tipologia, prestazione ed equipe/operatore. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di valutazione per sospetto disturbi specifici di apprendimento (DSA), al fine di diminuire gli invii impropri e liberare risorse per altre attività (SC Ass. Consulitoriale)
INDICATORE		1) Nr richieste di DSA. Riduzione Nr richieste DSA improprie Nr risorse umane dedicate ai DSA 2) Nr incontri con le istituzioni scolastiche per la piena applicazione della normativa in tema DSA
TARGET 2016		1) Diminuzione degli invii impropri per sospetto DSA rispetto Anno 2015. Nr 2 unità di personale dedicate ad altre attività consultoriali 2) entro il 30/4 incontri con le istituzioni scolastiche e GLIP
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		nota ID n.53815906 del 30.5.2017 inviata al CCD sono stati effettuati n.2 incontri con la Direzione Scuola e Politiche Giovanili e con il GLIP per la piena applicazione della normativa sul DSA . Inoltre è stata riorganizzata l'Equipe multidisciplinare con operatori ed orari dedicati. La % di richieste per il DSA sulle richieste complessive per NPI risulta pari al 17,8 % contro il 35 % del 2015. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Appropriatezza prescrittiva diagnostica (SC Cure Primarie)
INDICATORE		tasso di prestazioni RM Muscolari scheletriche per 1000 residenti >= 65 anni
TARGET 2016		33 per mille
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		nota Prot.n.29104 del 27.2.2017 secondo il dato a Novembre 2016 il tasso di prestazioni RM Muscolari scheletriche per 1000 residenti >= 65 anni è pari a 25,89 per mille. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Revisione Manuale "Modalità prescrittive nel SSR" (SC Cure Primarie)
INDICATORE		Tempistica Revisione Manuale
TARGET 2016		Entro 30/06 revisione manuale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con nota Prot.n.88775 del 30.06.2016 è stata trasmessa la revisione del Manuale "Modalità prescrittive nel SSR". Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione Verifiche e monitoraggi Pubbliche Assistenze (PPAA) (SC Cure Primarie)
INDICATORE		verifica dell'80% delle PPAA/CRI/ anno
TARGET 2016		Report di monitoraggio semestrale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		nota Prot.n.88775 del 30.06.2016 è stata effettuata la verifica di tutte le PPAA/CRI. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Recuperare potenziale di produttività del personale ridefinendo ruoli e livelli (SSD Cure Palliative)
INDICATORE		Numero accessi del personale OSS a pazienti con bisogni di CP seguiti a domicilio
TARGET 2016		Almeno + 15 % accessi rispetto Anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		il numero di accessi del personale OSS a pazienti con bisogni di CP seguiti a domicilio è stato pari a 706 accessi nel 2016 contro 239 accessi del 2015 per il solo DSS 10, sede della sperimentazione. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Completamento dell'offerta ambulatoriale e domiciliare di cure palliative sui DSS coperti dal servizio (garantire attivazione dei nodi assistenziali previsti da accordo stato regioni del 25 luglio 2015 (SSD Cure Palliative)
INDICATORE		Attivazione ambulatorio di CP nel DSS 8 Avvio a regime delle cure domiciliari nel DSS 8
TARGET 2016		Attivazione entro Aprile 2016. Implementazione del 20% degli accessi medico-infermieristici e prese in carico DSS8
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		nel DSS 8 la presenza di un Medico Palliativista disponibile a 30 ore/settimana e di un Infermiere esperto in Cure Palliative ha incrementato il numero di pazienti presi in carico di oltre il 50% rispetto all'anno 2015. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Garantire Formazione multidisciplinare e integrazione dei servizi di CP (art 2 accordo stato regioni 25/7/2012). Sviluppare sistema delle Reti (SSD Cure Palliative)
INDICATORE		Istituzione di corso specifico di formazione di III livello integrato ASL3-no profit e rete di CP metropolitana operante nella Rete Locale di Cure Palliative
TARGET 2016		Attivazione di nuovo corso di III livello (specialistico di CP) sulla comunicazione per personale afferente alla Rete entro ottobre 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		istituito un nuovo corso di formazione di II - III livello specifico integrato Asl 3-No Profit convenzionato sulle strategie comunicativo-relazionali nelle Cure Palliative. Il successo del corso ha indotto la Struttura ad organizzare per l'anno 2017 altre attività formative di II livello specialistico congiunte (ASL3-No profit convenzionato) per migliorare l'appropriatezza dei servizi erogati, garantire integrazione tra gli stessi e garantire, in base alle normative vigenti, l'omogeneità dell'intervento assistenziale. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Applicazione della procedura aziendale della scheda di terapia unica (STU) all'interno della C.C Pontex, per un corretto processo di gestione dalla prescrizione alla somministrazione del farmaco (SSD Tutela salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Utilizzazione della scheda unica sul totale dei pazienti.
TARGET 2016		100% corretta compilazione della modulistica/totale pazienti ricoverati.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		è stata applicata al 100% dei pazienti la procedura di scheda unica di terapia (STU) sia a Pontedecimo sia presso il Centro Clinico della CC di Marassi. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progettazione in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria di azioni di miglioramento per la gestione dei certificati medici dei reclusi (SSD Tutela salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Numero di incontri con i soggetti coinvolti (amministrazione penitenziaria e personale sanitario ASL). Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 30/09 applicazione documento elaborato di concerto e condiviso
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono stati svolti diversi incontri con l'amministrazione sanitaria ed il personale sanitario per il miglioramento delle procedure e delle certificazioni sanitarie. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto della durata triennale teso a costruire interventi che agiscano sugli stili di vita scorretti nella popolazione carceraria in collaborazione con il Dipartimento Igiene e Prevenzione (SSD Tutela salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Evidenza procedura condivisa
TARGET 2016		Entro 30/06 elaborazione protocollo Entro 30/11 applicazione protocollo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		E' stato elaborato, di concerto con il Dipartimento di Prevenzione, un protocollo relativo agli interventi sugli stili di vita, poi successivamente condiviso. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Creazione di un dossier sanitario aziendale per i detenuti della casa circondariale di Pontedecimo (SSD Tutela salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Nr di fascicoli rilasciati
TARGET 2016		Entro 31/12 100% detenuti trasferiti/rilasciati con dossier elettronico
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		E' stato creato, in collaborazione con il Sistemi Informativi di Asl 3 un dossier sanitario all'interno del carcere di Pontedecimo, applicato al 100% dei detenuti trasferiti/rilasciati. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SSD Tutela salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Elaborazione Procedura "Nuovi Giunti"
TARGET 2016		Entro 30/06 evidenza procedura. Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		mail del 5.6.2017 trasmessa dalla S.C. Professioni Sanitarie al CCD sono state elaborate nuove procedure sui "Nuovi Giunti", operativa presso il Centro Clinico. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Migliorare il processo di archiviazione delle cartelle cliniche: rendere flessibile la fase di ricerca (SSD Tutela salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Utilizzo software ad hoc per gestione dell'archivio
TARGET 2016		Entro 30/10 gestione informatizzata dell'archivio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nei termini indicati è stato informatizzato l'intero archivio delle cartelle cliniche di Marassi e Pontedecimo, attraverso l'utilizzo di un software di archiviazione. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Valutazione Strutture Socio Sanitarie accreditate e contrattualizzate ai sensi della DGR 401/2015 e Determina 43/2015 del Direttore ARS Liguria (Direttore Dip. Cure Primarie)
INDICATORE		% Strutture valutate
TARGET 2016		100% Strutture Anziani e Disabili Valutate
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono state valutate tutte le Strutture Residenziali e Semiresidenziali per disabili e le relative schede inviate in Regione. Come da mail del 27.2.2017 inviata al CCD sono state valutate le 40 strutture per anziani non valutate nel 2015, raggiungendo la totalità delle strutture. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rilascio di pareri autorizzativi basata sulla categorizzazione del rischio attivando la valutazione sistematica dei rischi per la salute (SC Igiene e Sanità Pubblica)
INDICATORE		Evidenza della valutazione del rischio per categorie di attività soggette a parere autorizzativo
TARGET 2016		Al 31/12 completamento della categorizzazione. Tutti i pareri autorizzativi sono rilasciati attraverso la sistematica valutazione del rischio.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Categorizzazione delle attività per grado di rischio effettuata nei tempi. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riduzione liste di attesa di vaccinazione mediante: 1) giornate vaccinali dedicate alle vaccinazioni in appuntamento CUP 2) attivazione sistema di recall per le vaccinazioni in appuntamento CUP (SC Igiene e Sanità Pubblica)
INDICATORE		Rispetto della tempistica per i cicli vaccinali previsti dal Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale (PRP) (D.G.R. 1701/2014)
TARGET 2016		Entro 31/12 completamento di almeno l'80% dei cicli nei tempi previsti dal PRP
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Attività assicurata in coerenza con il piano nazionale e regionale di prevenzione vaccinale. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Analisi delle prestazioni erogate al fine di una rimodulazione dell'offerta secondo i criteri della appropriatezza e del miglioramento continuo della qualità, privilegiando i temi caratterizzati da maggior rischio per la salute pubblica, anche in relazione alle risorse disponibili. (SC Igiene e Sanità Pubblica)
INDICATORE		Definizione della nuova offerta di prestazioni basate sulla appropriatezza, sulle evidenze di efficacia e sulle risorse disponibili
TARGET 2016		Entro 31/12 completamento della offerta delle prestazioni secondo i criteri di appropriatezza, delle evidenze di efficacia e delle risorse disponibili
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Non sufficientemente rendicontata la correlazione tra appropriatezza delle prestazioni e utilizzo delle risorse. Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Integrazione WHP (Workplace Health Promotion ovvero promozione della salute nei luoghi di lavoro) - Programma "Disassuefazione da fumo" di concerto con SC Servizio Prevenzione e Protezione (SC Igiene e Sanità Pubblica)
INDICATORE		Apertura sportello fumo. Nr fumatori/Tot dipendenti Evidenza protocollo disassuefazione
TARGET 2016		Entro 30/4 programma "Disassuefazione da fumo" in collaborazione con SC Servizio Prevenzione e Protezione Da 1/7 apertura sportello fumo ed invito a programma dei soggetti fumatori individuati. Almeno 100 dipendenti invitati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro il 30/04/2016 è stato redatto il programma in collaborazione con S.C. Servizio Prevenzione e Protezione. Entro il 01/07/2016 è stato individuato il personale dello sportello fumo, appartenente alla S.C. Servizio Prevenzione e Protezione, che è stato formato grazie alla collaborazione di operatori del SERT. Entro il 31/12/2016 sono stati invitati almeno 100 dipendenti. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Coordinamento dell'equipe operativa incaricata dalla Direzione Aziendale e dalla Direzione del Dipartimento di Prevenzione di realizzare a livello aziendale gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, facilitando l'integrazione trasversale ed intersettoriale tra i servizi della Asl e tutti gli stakeholder coinvolti. (SC Igiene e Sanità Pubblica)
INDICATORE		Numero azioni di promozione della salute, inerenti gli obiettivi del PRP 2014-2016, programmate e avviate nella loro implementazione attraverso la collaborazione trasversale di tutti i dipartimenti e servizi aziendali che svolgono attività riconducibili a tali obiettivi
TARGET 2016		Entro 30/09 costituzione a livello aziendale di tavoli di lavoro inerenti tutti i macro obiettivi del PRP 2014-2014 Entro 31/12 programmazione e iniziale implementazione di almeno una azione di promozione della salute per almeno il 70% degli obiettivi regionali del PRP 2014-2018, attraverso la collaborazione trasversale di tutti i dipartimenti e servizi aziendali che svolgono attività riconducibili a tali obiettivi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono stati costituiti entro il 30/09 tavoli di lavoro che affrontano i macro obiettivi dal numero 1 al numero 6 nel setting scolastico, nel setting comunitario e nel setting lavorativo; inoltre è stato costituito un tavolo per la promozione dell'allattamento al seno e uno relativo alla realizzazione dei macro obiettivi di pertinenza del Dip.di Prevenzione (macro obiettivi numero 7,8,9 e 10). Attraverso la collaborazione di tutti i servizi aziendali interessati sono state programmate ed inizialmente implementate azioni di promozione della salute e di prevenzione relative a quasi tutti (quindi > 70%) degli obiettivi regionali. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Sorveglianza e prevenzione dei rischi nell'attività di preparazione di alimenti per celiaci (SC Igiene Alimenti)
INDICATORE		Nr controlli effettuati
TARGET 2016		Effettuazione nr 10 controlli nel 2° semestre 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		E' continuata l'attività svolta per la verifica delle attività che preparano alimenti per celiaci. Sono stati effettuati in totale 29 sopralluoghi (18 nel primo semestre e 11 nel secondo) e n. 6 campioni effettuati su alimenti per celiaci. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione della riorganizzazione delle attività in senso funzionale. (SC Igiene Alimenti, SC Medicina Legale, SC PSAL, SC Sanità Animale)
INDICATORE		Rispetto della tempistica per il completamento della riorganizzazione.
TARGET 2016		Entro 30/06 riassegnazione del personale in base alla nuova organizzazione funzionale. Entro 31/12 completamento riorganizzazione in senso funzionale del 100% delle attività
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>SC Igiene Alimenti: La riorganizzazione in senso funzionale dei servizi è stata avviata e quasi del tutto completata. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC Medicina Legale: Progetto avviato e completato nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC Sanità Animale: Tutte le attività di competenza della Struttura Complessa sono organizzate in senso funzionale. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SC PSAL: Il completamento della riorganizzazione è legato anche alla ridefinizione delle strutture semplici afferenti alla SC che sono state individuate e graduate dall'amministrazione ma non ancora assegnate. Obiettivo raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione di un "catalogo prodotti", verifica della loro congruità rispetto ai bisogni prioritari di salute della popolazione della Asl 3 Genovese ed eventuale riallocazione delle risorse in una prospettiva di maggiore costo-efficacia (SC Igiene Alimenti)
INDICATORE		Evidenza della realizzazione del catalogo prodotti completo e aggiornato in una prospettiva di appropriatezza delle prestazioni
TARGET 2016		Al 30/06 disponibilità del catalogo prodotti completo e aggiornato, corredato di una verifica della appropriatezza Entro 31/12 completamento del catalogo delle prestazioni secondo i criteri di appropriatezza, delle evidenze di efficacia e delle risorse disponibili
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il catalogo è stato evidenziato. Non si evidenziano nella documentazione ricevuta i criteri di appropriatezza oggetto di verifica. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione delle attività di programmazione dei controlli previsti dal Piano Regionale Integrato del Controlli di Sicurezza Alimentare (PRISA) (SC Igiene Alimenti, SC Igiene alimenti di origine animale)
INDICATORE		Nr controlli effettuati /Nr controlli stabiliti dal PRISA
TARGET 2016		+ 5% controlli effettuati + 20% audit all'OSA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>SC Igiene Alimenti: Sulla base della programmazione prevista dalla DGR del 18/11/2011, esplicitata nel PDI (Delibera Asl3 n. 801_2016), le attività alimentari di competenza IAN registrate ai sensi del Reg. 852/04, da sottoporre ad ispezione nel corso del 2016 erano in totale 1357, le attività ispezionate sono state 1497, con un incremento medio del 10% (superiore a quello previsto del 5%). Per quanto riguarda l'attività di audit all'OSA con il pensionamento di 2 unità di personale Responsabili di GdA 1 Dirigente e un Tdp DS, si e' dovuto riprogrammare le attività ed i gruppi di lavoro determinatisi negli anni, con conseguente rallentamento dell'avvio degli audit. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺</p> <p>SC Igiene alimenti di origine animale: I controlli stabiliti dal PRISA sono stati eseguiti al 99% (il numero di campioni richiesto complessivamente dal PRISA e dagli altri piani di vigilanza è inferiore al 2015). Sono stati eseguiti complessivamente 427 campionamenti come richiesto dai piani di campionamenti Nazionali e Regionali. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Audit regionale "Linee guida per il funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e Province autonome e delle AA.SS.LL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" (SC Igiene alimenti di origine animale)
INDICATORE		Evidenza piano di adeguamento
TARGET 2016		Entro 30/6 elaborazione piano di adeguamento Al 31/12 corrispondenza dei controlli effettuati rispetto a quanto previsto dal piano
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Piano di adeguamento redatto in conformità degli indirizzi condivisi con il gruppo di lavoro regionale. In corso l'aggiornamento delle procedure aziendali conseguenti Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti con DGR 1606/2011 (SC Igiene Alimenti, SC Igiene alimenti di origine animale, SC Sanità Animale)
INDICATORE		Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi
TARGET 2016		95% flussi Lea 2015; punteggio totale <2; almeno 75% altri flussi con punteggio fra 0 e 4. Monitoraggio CCD. Report Regione Liguria
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC Igiene Alimenti, SC Igiene alimenti di origine animale: La collaborazione tra il personale delle tre Strutture Complesse afferenti al Dipartimento di Prevenzione (SC IAOA, SCIAN, SC SA) ha assicurato la gestione interna e la relativa puntuale rendicontazione alla Regione Liguria dei flussi ministeriali ai sensi della DGR. 1702 del 31/12/2013. Tutti i flussi sono stati inviati alle scadenze prefissate. Obiettivo raggiunto ☺ SC Sanità Animale: n. 3 flussi LEA hanno avuto punteggio superiore a 2, tuttavia cio' non deriva da non corretta e/o incompleta rendicontazione di tali flussi, ma da elementi procedurali diversi già chiariti con la Regione. Si ritiene pertanto che il 95% dei flussi LEA ha avuto punteggio totale >2. Nel caso degli altri flussi soltanto uno ha avuto punteggio superiore a 4, pertanto più del 75% degli altri flussi ha avuto punteggio tra 0 e 4. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Mantenimento Sportello medicina Legale (SC Medicina Legale)
INDICATORE		Applicazione progetto
TARGET 2016		Mantenimento attività
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Obiettivo parzialmente raggiunto anche in ragione di professionalità esterne non sempre disponibili. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Sensibilizzazione tramite incontri formativi presso scuole di secondo grado intesi alla prevenzione dei reati contro CdS (SC Medicina Legale)
INDICATORE		Nr incontri con le istituzioni scolastiche per la formazione in materia di reati in violazione del CDS
TARGET 2016		Entro il 31/05 nr 4 incontri con le istituzioni scolastiche
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Effettuati n. 5 incontri presso Istituti Scientifici e Tecnici nell'ambito dell'ASL 3 Genovese. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Mantenimento tempistiche consolidate in termini di visite invalidità civile, patenti ... (SC Medicina Legale)
INDICATORE		1) Rispetto tempistica tra acquisizione domanda da INPS e visita da parte della Commissione ASL. Tempo di trasmissione all'INPS esiti visita 2) Rispetto tempistica GG di attesa dalla prenotazione della visita patente
TARGET 2016		1) Mantenimento tempi di attesa. Garantire 100% delle richieste di accertamenti domiciliari 2) Mantenimento tempistica = 30 gg tra prenotazione e visita
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Obiettivo parzialmente raggiunto anche in ragione di professionalità esterne non sempre disponibili. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Mantenimento tempistiche di istruttoria istanze ex L. 210/92 (SC Medicina Legale)
INDICATORE		1) Tempi di attesa tra acquisizione domanda da utente e trasmissione CML competente - notifica verbale indennizzato 2) Applicazione DGR 1505/2015 (Contributo di cui all'art. 1 c.186 L.23/12/2014 n. 190 - corresponsione arretrati per rivalutazione IIS di cui agli indennizzi ex L 210/92
TARGET 2016		1) Mantenimento tempi di attesa 2) Liquidazione prima annualità ai soggetti titolati entro 30/04/2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		1) E' stata espletata l'attività entro la tempistica individuata nella scheda di budget 2016 per quanto concerne il mantenimento dei tempi d'attesa. 2) E' stata espletata l'attività relativa alla liquidazione della prima annualità ai soggetti titolati entro il 30/04/2016 Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Efficienza produttiva (Indicatori laboratorio MES) (SC PSAL)
INDICATORE		1) F15.3.1 Numero aziende ispezionate/Numero personale UPG ponderato PSAL 2) F15.3.2 Numero sopralluoghi/Numero personale UPG SPSAL
TARGET 2015		1) 75 (incremento 20%) 2) 81 (incremento 20%)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2015		Sono stati effettuati 2109 sopralluoghi mediamente effettuati da due operatori per cui ciascun UPG ha effettuato 105 sopralluoghi dei 75 richiesti; prevista la vigilanza su 81 aziende, ispezionate 1866 che, con i criteri visti in precedenza, equivale a 93 aziende per operatore UPG. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Copertura del territorio in tema di controlli (Indicatori laboratorio MES) (SC PSAL)
INDICATORE		1) F15.2.1 Numero aziende ispezionate/ Numero aziende con dipendenti 2) F15.2.2 Numero aziende delle costruzioni ispezionate/Nr aziende delle costruzioni 3) F15.2.3 Numero cantieri ispezionati/Numero cantieri notificati
TARGET 2016		1) 1922 (incremento del 10% del numero di aziende ispezionate nel 2015) 2) 1305 (incremento del 10%) 3) ispezione del 16% dei cantieri notificati sul SEND (ovvero 700 cantieri)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		I sopralluoghi e le verifiche effettuate (n.1.866 aziende, n. 1.330 aziende delle costruzioni , n.789 cantieri ispezionati) pur ambiziose rispetto al bacino di utenza e alle risorse disponibili sono state sostanzialmente assicurate e spesso superate. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Piani di eradicazione: tubercolosi bovina, brucellosi bovina e ovi-caprina. Attuazione pianificazione e programmazione regionale; rispetto procedure e documentazione attività (SC Sanità Animale)
INDICATORE		Piani di eradicazione: tubercolosi bovina, brucellosi bovina e ovi-caprina. Attuazione pianificazione e programmazione regionale; rispetto procedure e documentazione attività
TARGET 2016		100% allevamenti controllati rispetto a quelli previsti e mantenimento qualifica ufficialmente indenne. Flussi regionali/ministeriali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La qualifica di Regione ufficialmente indenne da tubercolosi bovina, brucellosi bovina e brucellosi ovicaprina, ottenuta dalla Liguria e certificata dall'Unione Europea, consente di sottoporre gli allevamenti bovini e ovocaprini ad accertamenti diagnostici biennali. Nel 2016 sono stati sottoposti ad accertamenti diagnostici 1483 bovini presenti in 133 allevamenti corrispondenti al 100%. Inoltre il 100% ha mantenuto la qualifica di ufficialmente indenne da tubercolosi e brucellosi bovina. per quel che concerne gli ovocaprini sono stati sottoposti ad accertamenti diagnostici 1896 detenuti in 341 allevamenti corrispondenti al 100%. Tutti i flussi regionali e ministeriali sono stati trasmessi nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Adempimenti conseguenti all'approvazione del manuale operativo per la gestione dell'anagrafe apistica nazionale (SC Sanità Animale)
INDICATORE		n. istanze pervenute da apicoltori / n. registrazioni effettuate in Banca Dati Nazionale
TARGET 2016		censimento del 100% della attività di apicoltura che presenteranno istanza
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		'Nel corso dell'anno 2016 sono pervenute 243 istanze da parte di apicoltori e tutte sono state censite e registrate in Banca Dati Nazionale. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione di un'anagrafe locale riguardante le strutture di allevamento e ricovero per animali da compagnia (SC Sanità Animale)
INDICATORE		Creazione banca dati locale
TARGET 2016		Al 30/06 verifica documentale. Al 31/12 registrazione del 100% delle attività di allevamento e ricovero di animali da compagnia esistenti sul territorio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro il 30/06 è stata effettuata la verifica documentale su tutte le strutture di allevamento e ricovero per animali da compagnia. Entro il 31/12 si è proceduto alla registrazione del 100% delle attività di allevamento e ricovero per animali da compagnia di cui si ha notizia dell'esistenza sul territorio. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione Obiettivi Screening Mammografico (SSD Popolazione a rischio)
INDICATORE		1) % di donne invitate a screening mammario in anno 2016 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2016 (dato ISTAT) 2) % di donne che partecipano allo screening mammario rispetto alle donne invitate nel 2016
TARGET 2016		1) Donne invitate 2016 > al 95 % della popolazione bersaglio 2016 (dato ISTAT) 2) ≥ 50 %
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Attività di screening coerente con gli obiettivi assegnati. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione Obiettivi Screening Cervice Uterina (SSD Popolazione a rischio)
INDICATORE		1) % di donne invitate a screening del tumore della cervice uterina in anno 2016 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2016 (dato ISTAT) 2) % di donne che partecipano allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate nel 2016
TARGET 2016		1) Donne invitate 2016 > al 95% della popolazione bersaglio 2016 (dato ISTAT) 2) ≥ 25 %
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Attività di screening coerente con gli obiettivi assegnati. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	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 (SSD Popolazione a rischio)
INDICATORE		Evidenza del documento progettuale e del piano dei costi annesso. Individuazione e formazione del personale del comparto dedicato. Numero inviti a screening
TARGET 2016		Entro 30/06 stesura progetto con definizione piano costi, specifiche del sistema informativo gestionale, strumenti di valutazione del rischio cardiovascolare e processo operativo Entro 30/09 individuazione e formazione di una equipe operativa individuata tra il personale del comparto che affianca il Medico competente Entro 31/10 realizzazione del sistema informativo gestionale Entro il 31 /12 implementazione del progetto con la realizzazione di almeno 50 inviti a screening e realizzazione eventi formativi sugli stili di vita salutari rivolti ai lavoratori della ASL 3. Responsabile del monitoraggio: Direttore SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Attività di screening coerente con gli obiettivi assegnati. Obiettivi raggiunti solo parzialmente a causa di ostacoli organizzativi e legati alla fruibilità di strumentazione applicativa idonea alla gestione del progetto. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione Obiettivi Screening Colon Retto (SSD Popolazione a rischio)
INDICATORE		1) % di persone invitate allo screening del colon retto in anno 2016 rispetto alla popolazione bersaglio anno 2016 (dato ISTAT) 2) % di persone che partecipano allo screening del tumore del colon retto rispetto alle persone invitate nel 2016
TARGET 2016		1) Persone invitate 2016 \geq 80 % della popolazione bersaglio 2016 (dato ISTAT) 2) \geq 34 %
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Attività di screening coerente con gli obiettivi assegnati. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Completamento riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione in senso funzionale, con il completo superamento della risposta per aree territoriali, causa di differenza operative. Tutte le Strutture opereranno senza limitazione geografica, fornendo una risposta uniforme. Attivazione di formazione che fornisca approfondimento anche scientifico nei diversi campi. Revisione delle sedi affinché le scelte logistiche non provochino ritardi negli interventi urgenti e per ottimizzare la nuova organizzazione. (Direttore Dip. Prevenzione)
INDICATORE		Rispetto della tempistica per il completamento della riorganizzazione e della revisione delle sedi.
TARGET 2016		Al 30/09 tutto il personale è riassegnato e riallocato in base alla nuova organizzazione funzionale. AL 31/12 completamento riorganizzazione Dipartimento di Prevenzione: tutte le Strutture operano in modo funzionale e non territoriale.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore Dip: dopo attenta valutazione delle diverse problematiche propedeutiche al completamento della riorganizzazione in senso funzionale delle Strutture che ancora operavano con una divisione territoriale, si è avviato il processo che a Dicembre 2016 ha portato al completo superamento della risposta per aree territoriali, consentendo a tutte le strutture di operare senza limitazione geografica. Modifiche di sede di alcuni operatori (3 dirigenti), formazione del personale di ruolo amministrativo, riassegnazione di attività a personale dirigente per poter operare in modo trasversale. A Dicembre 2016 tutte le Strutture (con l'eccezione della SS Porto/Psal le cui peculiarità l'avevano esclusa da tale riorganizzazione) operano in modo funzionale con il superamento della organizzazione territoriale. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Coordinamento dell'equipe operativa incaricata dalla Direzione Aziendale e dalla Direzione del Dipartimento di Prevenzione di realizzare a livello aziendale gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, facilitando l'integrazione trasversale ed intersettoriale tra i servizi della Asl e tutti gli stakeholder coinvolti. (Direttore Dip. Prevenzione)
INDICATORE		Numero azioni di promozione della salute, inerenti gli obiettivi del PRP 2014-2016, programmate e avviate nella loro implementazione attraverso la collaborazione trasversale di tutti i dipartimenti e servizi aziendali che svolgono attività riconducibili a tali obiettivi
TARGET 2016		Entro 30/09 costituzione a livello aziendale di tavoli di lavoro inerenti tutti i macro obiettivi del PRP 2014-2018 Entro 31/12 programmazione e iniziale implementazione di almeno una azione di promozione della salute per almeno il 70% degli obiettivi regionali del PRP 2014-2018, attraverso la collaborazione trasversale di tutti i dipartimenti e servizi aziendali che svolgono attività riconducibili a tali obiettivi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore Dip: Entro il 30/09/2016 sono stati costituiti a livello aziendale i seguenti tavoli di lavoro per la realizzazione dei Macro Obiettivi 1, 2, 3, 4, 5, e 6 del nuovo PRP: <ul style="list-style-type: none"> • tavolo di lavoro per la promozione della salute nel setting scolastico • tavolo di lavoro per la promozione della salute nel setting comunitario • tavolo di lavoro per la promozione della salute nel setting lavorativo (WHP) • tavolo di lavoro per la promozione dell'allattamento esclusivo al seno. Per la realizzazione dei Macro Obiettivi 7, 8, 9 e 10, di pertinenza delle diverse Strutture Complesse del Dipartimento di Prevenzione, costituito specifico tavolo. I gruppi di lavoro si sono riuniti regolarmente e hanno effettuato il monitoraggio delle azioni di prevenzione e promozione della salute. Tutto costantemente monitorato dalla Regione. In data 8 marzo e 16 dicembre sono state organizzate da parte della Regione due riunioni plenarie, relative alla realizzazione di tutti gli indicatori sentinella previsti dal PRP per il 2016, dove da parte del Gruppo regionale di coordinamento, non sono state evidenziate particolari criticità. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Collaborazione tra SSD Popolazione a Rischio-SC Professioni Sanitarie - SC Ass. Consultoriale - SC OG - SC Anatomia Patologica-SC POU finalizzata all'offerta dei test primari di screening del tumore della cervice uterina al personale dipendente operativo nei PPOO Colletta, Sestri P, Villa Scassi, Ponte x c/o propria sede di lavoro (<i>SSD Popolazione a rischio</i>)
INDICATORE		Data attivazione progetto
TARGET 2016		Data attivazione progetto: entro 31 ottobre 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Attività di screening coerente con gli obiettivi assegnati. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Riassetto attività alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Standard medico per CSM e SPDC) e dell'analisi, sviluppata nell'anno 2015, di armonizzazione dell'offerta sui CSM (1) SSCC CSM, S.C. SPDC AO IST San Martino, Direttore Dip. Salute Mentale e Dipendenze, 2) SC Sert)
INDICATORE		Applicazione indicatori individuati nell'analisi 2015
TARGET 2016		1) Mantenimento/Incremento attività CSM a seconda dello scostamento rispetto all'indicatore standard aziendale e rispetto all'analisi regionale 2) Mantenimento/Incremento attività SERT a seconda dello scostamento rispetto all'indicatore standard aziendale e rispetto all'analisi regionale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore DSMD: in assenza di indicatori di riferimento regionali è stata prodotta una reportistica che ha messo a confronto i dati di performance di ogni singolo distretto rispetto alla media del Dipartimento. Tali dati dimostrano una maggior armonizzazione delle attività rispetto agli anni precedenti nelle diverse sedi. Si evidenzia un incremento nel numero di pazienti in carico e nel numero delle prestazioni ambulatoriali effettuate (vd relazione annuale 2016) Anno 2015 prest. 136.895 Anno 2016 prest. 147.711 Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Presenza in carico pazienti ad alta complessità clinica autori di reato con persistenti problemi di pericolosità sociale (SSCC CSM, Direttore Dip. Salute Mentale e Dipendenze)
INDICATORE		Evidenza percorso individuale del paziente autore di reato attualmente sottoposto a misure di sicurezza
TARGET 2016		Attivato e monitorato il percorso di cura per tutti i pazienti autori di reato
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore DSMD: E' stato effettuato attraverso la UFPF un costante monitoraggio (clinico e gestionale) dei pazienti autori di reato sottoposti a misure di sicurezza al 31/12 n. 65 soggetti) con formulazione dei Piani di Trattamento individuali. E' stata fornita una attiva collaborazione per la procedura di attivazione della REMS provvisoria nel territorio della ASL 3 Genovese (vd relazione generale di attività). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento appropriatezza percorsi terapeutico riabilitativi verso strutture extraospedaliere (SEPA) (SSCC CSM, SC SPDC AO IST San Martino)
INDICATORE		Monitoraggio pazienti inviati a SEPA
TARGET 2016		Entro 30 Aprile ridefinizione di procedura di inserimento Entro 31/12 applicazione monitoraggio al 100% dei pazienti inseriti a SEPA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore DSMD: Entro Aprile è stata rivista la procedura di inserimento al SEPA (Struttura extraospedaliere post acuti) con attivazione di un monitoraggio al 100% pazienti inseriti a SEPA. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Armonizzazione funzionamento SPDC (SC SPDC AO IST San Martino)
INDICATORE		Revisione procedure di funzionamento (ammissioni e dimissioni, presa in carico, raccordo con strutture territoriali)
TARGET 2016		Entro 30/6 revisione procedure esistenti, armonizzazione e definizione di set di indicatori quali-quantitativi di funzionamento (es n. tasso riammissione, n. TSO, contenzioni etc). Evidenza traccia documentale. Entro 31/12 applicazione nuove procedure. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: E' stata predisposta una bozza di revisione delle procedure, non applicate per cessione attività. Dal 1 luglio 2016 si sono avviate le procedure di cessione della Struttura a San Martino, concluse con il passaggio definitivo il 31/12/2016. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Miglioramento performance rispetto ad indicatori Anno 2015 (SSCC CSM, SC SPDC AO IST San Martino)
INDICATORE		Indicatori monitorati di cui alla tabella allegata
TARGET 2016		Raggiungimento Valori attesi di cui alla tabella allegata
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Vedi allegato n. 3
Obiettivo operativo	Comparto	Progetto di mappatura delle competenze del personale all'interno della Struttura Complessa (SSCC CSM, SC Sert)
INDICATORE		1) Incontro informativo di presentazione del progetto 2) Scheda di mappatura compilata per il profilo di assistente sociale
TARGET 2016		1) Entro il 31/3 convocazione incontro e redazione verbale 2) Entro il 30/11 presentazione scheda di mappatura compilata. Relazione Coordinatore Assistenti Sociali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		1) Incontri effettuati entro i tempi definiti vedi relazione Coordinatore Assistenti Sociali 2) Scheda elaborata e inviata a CCD da Coordinatore Assistenti Sociali. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SC SPDC AO IST San Martino)
INDICATORE		Consolidamento applicazione procedura "La contenzione fisica/meccanica: dalla prevenzione alla corretta gestione" secondo i criteri individuati dalla BP
TARGET 2016		Entro 29/02 applicazione procedura al 100 % dei pazienti Monitoraggio SC Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: sul controllo a campione effettuata la procedura è stata applicata nel 100% dei casi Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/Comparto	Valorizzazione cooperazione con Alcologia di San Martino (SC Sert)
INDICATORE		Nr pazienti inviati a controllo
TARGET 2016		Invio di almeno 200 pazienti a controlli mirati per la prevenzione delle patologie alcolcorrelate
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		A causa delle difficoltà logistiche ed organizzative la cooperazione attiva è iniziata a Ottobre. Sono state fatte riunioni di confronto preparatorie con i medici di tutti i distretti Ser.T. e sono stati avviati ai controlli n°53 pazienti con la Maugeri e 33 con Centro Alcologico San Martino La cooperazione si estrinseca anche sul piano degli interventi preventivi e di comunicazione rivolti alla popolazione generale. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Collaborazione Associazioni Automutuoaiuto (SC Sert)
INDICATORE		Evidenza promozione collaborazioni
TARGET 2016		1 incontro con i MMG per Distretto entro 30/10
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Cooperazione attiva con tutte le Associazioni del nostro settore: Club degli Alcolisti in Trattamento, Genitori Insieme e realtà dei 12 passi (AA, GA, NA,...) più di 80 gruppi territoriali settimanali realizzate iniziative comuni ed effettuato riunioni periodiche di confronto e scambio sia interne che esterne ai servizi. Volantini e Manifesto specifico (2000 copie) sono stati preparati in cooperazione con le Associazioni, da presentare ai MMG e mettere nelle loro sale d'attesa e in quelle aziendali. Per problemi non dipendenti dalla nostra volontà (natura economica) la stampa e distribuzione è stata effettuata a fine anno, quindi gli incontri con i MMG sono posticipati al 2017. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riassetto attività alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Standard medico per CSM/SERT) e dell'analisi, sviluppata nell'anno 2015, di armonizzazione dell'offerta SC Sert)
INDICATORE		Applicazione indicatori individuati nell'analisi 2015
TARGET 2016		Mantenimento/Incremento attività SERT a seconda dello scostamento rispetto all'indicatore standard aziendale e rispetto all'analisi regionale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore DSMD: in assenza di indicatori di riferimento regionali è stata prodotta una reportistica che ha messo a confronto i dati di performance di ogni singolo distretto rispetto alla media del Dipartimento. Tali dati dimostrano una maggior armonizzazione delle attività rispetto agli anni precedenti nelle diverse sedi. Si evidenzia un incremento nel numero di pazienti in carico e nel numero delle prestazioni ambulatoriali effettuate (vd relazione annuale 2016) Anno 2015 prest. 136.895 Anno 2016 prest. 147.711 Obiettivo raggiunto ☺

AREA		<i>Performance/Appropriatezza</i>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Procedure Ambulatorio Infettivologico Patenti, Farmaci sostitutivi, Somministrazione diretta psicofarmaci (SC Sert)
INDICATORE		Consolidamento applicazione procedure
TARGET 2016		Entro 31/03 applicazione procedure al 100% dei pazienti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Direttore SC: Procedure applicate al 100% dei pazienti. L'attività patenti è stata salvaguardata, con la cooperazione di tutti i Ser.T., durante l'emergenza trasloco onde evitare il formarsi di liste d'attesa non opportune. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Incremento attività prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare nelle scuole secondarie e nella popolazione generale (SSD Centro Disturbi del comportamento alimentare)
INDICATORE		Attività di informazione rivolta agli studenti delle scuole superiori. Eventi di sensibilizzazione aperto alla popolazione generale con il coinvolgimento di ex pazienti
TARGET 2016		Entro 30/4 attivazione di almeno un nuovo sportello in un altro Istituto scolastico. Entro 30/10 almeno un evento di sensibilizzazione aperto alla popolazione generale con il coinvolgimento di ex pazienti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Responsabile SSD: Attivazione di sportello mensile di informazione e ascolto presso istituto linguistico Grazia Deledda entro il termine previsto. Completamento di due corsi di formazione dei docenti presso Licei Gobetti e Ist Deledda. Incontri con i genitori degli alunni nelle singole scuole sulla prevenzione dei DCA nel corso dell'anno 4 corsi psico-educativi. (vd relazione allegata) In data 04/10/2016 incontro con una tavola rotonda a Palazzo Ducale aperto alla cittadinanza finalizzata all'informazione sui problemi correlati ai DCA con la partecipazione di ex pazienti del centro Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento dei percorsi di cura dei pazienti adolescenti (14-20 anni) specifici affetti da alimentazione incontrollata (DAI) per prevenzione obesità psicogena (SSD Centro Disturbi del comportamento alimentare)
INDICATORE		Numero di partecipanti ad attività specifiche di gruppo
TARGET 2016		Almeno 3 attività di gruppo a differente tipologia dedicati a soggetti adolescenti (gruppi verbali e corporei, pasti assistiti, sostegno genitoriale)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Responsabile SSD: Il 13/01/2016 iniziato un gruppo cognitivo-comportamentale di 8 Incontri, una volta a settimana, con psicologa e dietista a cui sono seguiti altri 8 incontri di terapia corporea (yoga e mindfulness). Per tutta la durata del trattamento i pazienti hanno partecipato ai pasti assistiti, a pranzo, dal lunedì al venerdì e i genitori hanno seguito 8 incontri di educazione alimentare. L'8 Giugno 2016 è iniziato il 2° gruppo e il 16/11/2016 il 3° gruppo. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento del lavoro di rete con servizi ospedalieri della città metropolitana e Clinica Psichiatrica Universitaria per percorsi integrati di cura di pazienti affetti da DCA (SSD Centro Disturbi del comportamento alimentare)
INDICATORE		Creazione di un protocollo condiviso con altri servizi ospedalieri
TARGET 2016		Entro 30/06 stesura protocollo. Da 1/10 applicazione del protocollo nel 100% dei nuovi casi in trattamento condiviso
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro 30/6 è stato concordato ed inviato alla Direzione del DSMD progetto collaborativo tra Centro DCA ASL3-IRCCS San Martino-IST sulla riabilitazione nutrizionale semiresidenziale, sulla continuità terapeutica nel paziente affetto da anoressia, sui ricoveri di pazienti con grave comorbilità psichiatrica per degenze presso la Cl. Psichiatrica Universitaria. Dal 1 ottobre 2016 avviato il progetto di collaborazione e tutti i pazienti condivisi (al 31/12/16 n 5 casi) sono stati monitorati attività di collegamento tra ospedale Galliera e Centro Disturbi Alimentari attraverso consulenze nei reparti e PS e invio al centro. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Comparto	Partecipazione al gruppo di lavoro, coordinato da SC Servizio del Personale, in tema di carichi di lavoro personale amministrativo al fine di definire la dotazione per linee di attività (SSD Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale)
INDICATORE		Tempistica Nomina Gruppo e sua operatività Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 31/03 Nomina gruppo. Entro 30/09 Invio Capitolato per affidamento studio. Monitoraggio Direzione Amministrativa
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entrambe le attività sono state effettuate nei termini. Il personale della Struttura ha partecipato alle attività del gruppo di lavoro e relativa formazione. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Stesura capitolato per acquisizione del servizio di gestione di attività riabilitative per pazienti ospiti in comunità alloggio ad utenza psichiatrica (SSD Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale)
INDICATORE		Evidenza capitolato
TARGET 2016		Entro 15/3 stesura capitolato
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione Responsabile SSD: In data 18/03/2016 è stata inviata al Direttore della SC Acquisti ed approvvigionamenti una prima bozza del capitolato. A seguito dell'entrata in vigore del nuovo codice degli Appalti di concerto fra le due Strutture il capitolato è stato riformulato introducendo indicatori di qualità del Servizio. Il capitolato in forma definitiva è stato rinviato il 9 giugno 2016. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Personale ruolo amministrativo assegnato ai CSM: aggiornamento e tenuta dati (ingressi/uscite, presenze, assenze) relativi ai pazienti inseriti presso strutture a gestione indiretta in carico a ciascun CSM, al fine verifica dati fatturazione (SSD Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale)
INDICATORE		Invio reportistica. Rispetto tempistica
TARGET 2016		Da 01/06 invio reportistica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'invio della reportistica è stato effettuato entro i termini previsti. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Personale ruolo amministrativo assegnato SC Sert: Gestione, verifica dati delle autorizzazioni all'ingresso in strutture regionali ed extraregionali per pazienti area dipendenze. Invio delle autorizzazioni all'ingresso e rispettivi allegati a Direzione DSMD. (SSD Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Da 01/06 invio a Direzione DSMD entro il 15 del mese successivo al mese di riferimento
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'invio dei dati alla Direzione DSMD è stato effettuato entro i termini previsti Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Invio agli ATS del Comune di Genova, entro i due mesi successivi al periodo di riferimento, totale giorni di presenza pazienti inseriti presso RSA RP e CAUP a gestione diretta e presso strutture a gestione indiretta. Invio con cadenza mensile. Controllo quote a carico ISEE (SSD Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Da 01/06 rilevazione con cadenza mensile e invio reportistica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La rilevazione dei dati e l'invio della reportistica è stato effettuato entro i termini previsti. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Erogazione diretta assistenza integrativa: messa a regime delle procedure, a seguito dell'unificazione dei poli di distribuzione. (SC Farmaceutica Convenzionata)
INDICATORE		Grado e tempistica di applicazione in tutte le sedi distributive della procedura informatizzata di scarico da SPD a Oliamm
TARGET 2016		Entro il 30/04 tutte le sedi utilizzano la procedura al 100%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		email trasmessa al CCD il 5.6.2017 la procedura informatizzata è operativa in tutte le sedi distributive Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Farmacovigilanza: attività formativa rivolta ai medici e al personale infermieristico (SC Farmaceutica Convenzionata)
INDICATORE		Nr corsi FAD realizzati
TARGET 2016		almeno un corso FAD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Realizzato Corso FAD "La Farmacovigilanza" nel 1° semestre 2016 Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riduzione proposte d'ordine (SC Farmaceutica Convenzionata, SC Farmaceutica Ospedaliera)
INDICATORE		nr proposte d'ordine anno 2015 rispetto anno 2014
TARGET 2016		-10% rispetto anno 2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC Farmaceutica Ospedaliera: Le proposte effettuate per farmaci si sono ridotte di n. 456, cioè il 26,3% (n. 1732 nel 2015, n. 1276 nel 2016). Obiettivo raggiunto ☺ SC Farmaceutica Convenzionata: Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza	Appropriatezza ed efficienza prescrittiva farmaceutica (SC Farmaceutica Convenzionata)
INDICATORE		1) % molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza 2) Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi): riduzione n. unità posologiche 3) Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
TARGET 2016		1) maggiore o uguale a 80 % in termini di percentuale di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle DDD prescritte 2) riduzione del 25% delle unità posologiche prescritte 3) incidenza del 40 % delle DDD a base di sartani sul totale degli antipertensivi prescritti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione sugli obiettivi Direttore S.C. trasmessa al CCD (ID.n.51808808 del 8.2.2017). Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza	Elaborazione capitolato per l'esternalizzazione delle attività connesse alla gestione del magazzino medicinali (SC Farmaceutica Ospedaliera)
INDICATORE		Evidenza capitolato
TARGET 2016		Entro 31/03 Consegna capitolato alla SC Provveditorato
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Email del 24/3/2017: è stato certificato l'invio da parte della struttura di bozza di capitolato per l'esternalizzazione delle attività connesse alla gestione del magazzino medicinali alla S.C. Provveditorato Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Farmaci ad alto costo e registri AIFA (SC Farmaceutica Ospedaliera)
INDICATORE		Evidenza Monitoraggio terapie ad alto costo Recupero Rimborsi terapie innovative
TARGET 2016		Monitoraggio mensile trattamenti attivati. Recupero del 100 % dei rimborsi previsti dagli accordi di condivisione del rischio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		E' stato possibile richiedere nel 2016 euro 560.000 di rimborso, pari al 100%. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: avvio sperimentale delle procedure del PAC area E) rimanenze (SC Farmaceutica Ospedaliera, SC Farmaceutica Convenzionata, Direttore Dip. Attività Farmaceutiche)
INDICATORE		1) riunione formativa con il personale coinvolto 2) applicazione delle procedure
TARGET 2016		1) Entro il primo trimestre del 2016 2a) entro il 30/06/2016 verificare la completa applicazione delle procedure delle rimanenze. 2b) entro il 31/12/2016 applicazione delle procedure per la fase di chiusura dell'inventario e avallo da parte dei responsabili dei magazzini centrali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC Farmaceutica Ospedaliera e Direttore Dip. Attività Farmaceutiche: Sono state tenute riunioni formative inerenti i PAC e IO con il personale del comparto del magazzino centralizzato Farmacia Ospedaliera e sono state inviate a ciascuno le istruzioni operative per quanto previsto dai PAC relativamente al percorso delle rimanenze. Tutte le procedure inventariali, sia dei magazzini che dei reparti individuati dalla SC. Bilancio e Contabilità sono state eseguite in conformità a quanto stabilito nei PAC. Obiettivo raggiunto ☺ SC Farmaceutica Convenzionata: Sono state tenute riunioni formative inerenti i PAC e IO con il personale di tutti i poli operativi. Nel magazzino capofila per la DPC (Difar). Sono state effettuate le procedure inventariali secondo PAC e IO. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Percorso Attuativo della Certificabilità - Pac: applicazione della procedura relativa alla gestione del conto deposito (SC Farmaceutica Ospedaliera)
INDICATORE		evidenza dell'applicazione
TARGET 2016		1) entro il 30/06/2016 applicazione della procedura al 50% dei nuovi contratti 2) entro il 30/10/2016 applicazione della procedura a tutti i nuovi contratti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Come da nota n.52473754 del 23.3.2017. Obiettivo parzialmente raggiunto ☹

AREA AMMINISTRATIVA

Dipartimenti Amministrativi		Amministrativo, Economico Gestionale, delle Infrastrutture
AREA		Efficienza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner. (tutte le SSCC)
INDICATORE		Consumato relativo a Beni non sanitari
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<u>S.C. Servizio Amministrazione del Personale, S.C. OSRU, S.C. Aggiornamento e Formazione, S.C. Bilancio e Contabilità, S.C. Economato e Logistica, S.C. Acquisti e Gestione Approvvigionamenti, S.C. Gestione Tecnica Centro Ponente:</u> Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto. 😊 <u>S.C. Affari Generali:</u> Il budget economico non è stato rispettato. Obiettivo non raggiunto ☹️ <u>S.C. Gestione Tecnica Centro Levante:</u> Obiettivo parzialmente raggiunto. 😊 <u>S.C. Sistemi Informativi Aziendali:</u> Lo sfioramento del budget è dato dall'imputazione diverse licenze d'uso (extra budget). Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi (SC Gestione tecnica Centro Levante, SC Gestione Tecnica Centro Ponente, SC Sistemi Informativi, SSD Patrimonio, SSD Telecomunicazioni)
INDICATORE		Rispetto budget assegnato relativo all'acquisto di beni e servizi
TARGET 2016		Vedi Tabella Budget Anno 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC Sistemi Informativi: Vedasi scheda Budget Bilancio 2016. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊 SC Gestione tecnica Centro Levante, SC Gestione Tecnica Centro Ponente, SSD Patrimonio, SSD Telecomunicazioni: Vedasi scheda Budget Bilancio 2016. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rispetto del budget assegnato per gli acquisti apparecchiature e la manutenzione delle apparecchiature (SSD Ingegneria Clinica)
INDICATORE		Budget assegnato
TARGET 2016		Vedi tabella allegata Budget Anno 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Vedasi scheda Budget Bilancio 2016. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Allineamento anagrafica personale per qualifica (ad oggi presenti descrizioni e codici differenti ASL 3 e Villa Scassi) (SC Amministrazione del Personale)
INDICATORE		Codifica aziendale qualifiche del personale
TARGET 2016		Entro il 30/09/2016 Codifica aziendale qualifiche su Ascot
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Si è proceduto anche all'aggiornamento delle implicazioni giuridiche ed economiche sottese. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attivazione su portale di modello per richiesta e autorizzazione allo svolgimento di straordinario (SC Amministrazione del Personale)
INDICATORE		Evidenza progetto % richieste straordinario con modulo informatizzato
TARGET 2016		Al 30/6 attivazione modello per i dipendenti della struttura di Via Bertani. Da 1/7 100% richieste Informatizzate per Via Bertani (eliminazione modulo cartaceo)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il mancato rispetto del termine di attivazione è da imputarsi alla ditta fornitrice. Conseguentemente anche la completa informatizzazione delle richieste per via bertani (avvenuta a settembre 2016) non è attribuibile alla struttura). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Incremento dei giustificativi richiedibili da portale (analisi, inserimento dei parametri, attivazione e comunicazione) con riferimento particolare al completamento dell'art. 21 (lutto matrimonio ecc) e la maternità (SC Amministrazione del Personale)
INDICATORE		tempistica inserimento nel portale giustificativi relativi art. 21 (lutto e matrimonio) e maternità % richieste informatizzate
TARGET 2016		Entro 30/06 inserimento nel portale giustificativi lutto e matrimonio e da 1/7 il 100% delle richieste sono informatizzate. Da 1/10 inserimento giustificativi maternità il 100% dei giustificativi sono informatizzati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Inserimento dei giustificativi lutto e matrimonio nel portale attivato; l'inserimento dei giustificativi maternità verrà attivato a inizio 2017. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Completa applicazione della legge 161/2014 (SC Amministrazione del Personale)
INDICATORE		Evidenza sistemi di controllo e di alert nel portale Riduzione/annullamento irregolarità
TARGET 2016		Entro il 30/6 completo inserimento nel portale dei nuovi turni da 1/7 attivi nel portale di sistemi di alert a disposizione dei direttori SC e dei coordinatori. Al 30/10 Verifica che il 100% degli orari allineati alla normativa
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		tutti i nuovi turni sono stati inseriti nel portale, mentre la ditta fornitrice non ha elaborato un sistema di alert soddisfacente. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione sistema di business intelligence SpagoBi ed integrazioni con ASCot al fine di elaborare i flussi mensili ed annuali nei confronti di Regione/Ministero (SC Amministrazione del Personale)
INDICATORE		Nr operatori SC Personale e Sc OSRU che accedono al portale Nr Nuovi statistiche/report inseriti. Nr Flussi prodotti
TARGET 2016		Almeno il 30% degli operatori del SC Personale utilizzano Spago (monitoraggio accessi individuali da parte del CCD). Almeno nr 2 nuovi report inseriti ad uso della Sc e almeno 2 report messi a disposizione delle strutture organizzative aziendali. Elaborazione almeno un flusso mensile da inviare in regione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nessun obiettivo è stato completamente raggiunto. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Revisione progetto dematerializzazione fascicoli personale, già presentato anno 2013. (SC Amministrazione del Personale)
INDICATORE		Evidenza revisione progetto
TARGET 2016		Entro il 30/06 Invio Direzione progetto corredato da cronoprogramma e costi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il progetto è stato inviato in data 30.6.2016 con prot.n. 47894514. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Snellimento procedure di reclutamento del personale al fine di ridurre la tempistica per l'assunzione del personale (SC Amministrazione del Personale)
INDICATORE		Redazione protocollo assieme ad OSRU Tempistica applicazione protocollo
TARGET 2016		Entro 30/6 redazione protocollo aziendale con applicazione nel 2 semestre 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il protocollo è stato inviato al CCD nei termini e nel secondo semestre è stata data applicazione. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Partecipazione al gruppo di lavoro, coordinato da Direttore Dip. Cure Primarie, istituito al fine di riorganizzazione dei CUP. (SC Amministrazione del Personale, SC Affari Generali, SC Centro di Controllo Direzionale, Direttore Dip. Economico gestionale)
INDICATORE		Tempistica Nomina Gruppo e sua operatività Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 30/04 Nomina gruppo. Entro 30/10 Invio Analisi con proposta soluzioni di riorganizzazione. Monitoraggio Direzione Amministrativa
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Come da note n. 29014 del 27.2.2017 del direttore della S.C. Cure Primarie e n. 49411696 della SC Affari del Personale Entrambe le attività sono state effettuate nei termini. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Coordinamento gruppo di lavoro in tema di carichi di lavoro del personale amministrativo al fine di definire la dotazione per linee di attività (SC Amministrazione del Personale) Partecipazione al gruppo di lavoro ... (SC OSRU, SC Affari Generali, SC Aggiornamento e Formazione, SC Centro di Controllo Direzionale)
INDICATORE		Tempistica Nomina Gruppo e sua operatività Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 31/03 Nomina gruppo. Entro 30/09 Invio Capitolato per affidamento studio. Monitoraggio Direzione Amministrativa
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il gruppo di lavoro è stato nominato con nota n 42282 del 31.3.2016.il capitolato per affidamento studio è stato inviato il 5.5.2016. Entrambe le attività sono state effettuate nei termini. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione sistema di business intelligence SpagoBi ed integrazioni con ASCot (SC OSRU)
INDICATORE		Evidenza revisione progetto
TARGET 2016		Entro il 30/06 Invio Direzione progetto corredato da cronoprogramma e costi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		N.5 operatori (di cui 3 nuovi) utilizzano la procedura SpagoBI. Sono stati elaborati 6 report. Non sono stati messi a disposizione delle strutture aziendali né effettuati invii in regione a causa di difficoltà tecniche (implementazioni da attuarsi da parte di Liguria digitale). Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Modifica ed integrazione Atto Aziendale subordinatamente alla stesura del nuovo impianto organizzativo ASL 3 (SC OSRU)
INDICATORE		Evidenza modifiche da apportare. Nuovo documento rivisto e corretto
TARGET 2016		Entro 45 gg dalla definizione del nuovo assetto aziendale stesura atto con modifiche ed integrazioni previste Monitoraggio CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La struttura ha provveduto ad aggiornare la situazione conseguente alle diverse e successive modifiche intervenute e separatamente deliberate. Tuttavia il risultante nuovo atto aziendale non risulta adottato e pubblicato. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rimodulazione delle Strutture Semplici Aziendali (SC OSRU)
INDICATORE		Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 31/03 di concerto con SC Pianificazione, prog. e organ. Sanitaria, documento con rimodulazione strutture semplici aziendali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con mail del 21.3.2016 è stata trasmessa alla Direzione Aziendale la proposta di riorganizzazione delle SS.SS.DD. e delle SS.SS. Aziendali Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Graduazione degli incarichi dirigenziali sanitari e P.T.A. (SC OSRU)
INDICATORE		Rimodulazione e valorizzazione incarichi dirigenziali
TARGET 2016		Entro 30/12, di concerto con SC Pianif., prog. e organ. Sanitaria: Valorizzazione di tutti gli incarichi dirigenziali di SC, SSD e SS, secondo la metodologia in essere; Individuazione degli inc. prof.li sanitari IAS nell' ambito della organizzazione az.le
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono state graduate 48 SS.SS. Entro il 31.12.2016 e le restanti 31 entro il 31.01.2017. Gli IAS sono stati contrattualizzati il 5 e il 12 dicembre 2016. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Snellimento procedure di reclutamento del personale al fine di ridurre la tempistica per l'assunzione del personale (SC OSRU)
INDICATORE		Redazione protocollo assieme ad SC Servizio del Personale Tempistica applicazione protocollo
TARGET 2016		Entro 30/6 redazione protocollo aziendale con applicazione nel 2 semestre 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il protocollo è stato inviato al CCD il 28.6.2016 ed applicato nel II° semestre. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione del progetto di attuazione del Provvedimento del Garante privacy del 23 ottobre 2014, n. 468, "Dossier sanitario elettronico e privacy dei pazienti" (SC Affari Generali)
INDICATORE		Implementazione progressiva del progetto anche a livello territoriale in collaborazione con il SIA e con l'area sanitaria interessata del progetto finalizzato a garantire la corretta applicazione della normativa in materia
TARGET 2016		Entro il 31.12.2016 implementazione del progetto in area territoriale interessata su supporto cartaceo. Monitoraggio SC Affari Generali di concerto con SIA – POU , Dip. Cure Primarie e Distretti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono state eseguite le attività di implementazione del progetto nel termine assegnato. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione della "conservazione sostitutiva" ex art. 44, c.1, D.Lgs. 82/2005 e smi, di concerto con SIA (SC Affari Generali)
INDICATORE		Evidenza percorsi necessari alla conservazione di concerto con il SIA e la società esterna deputata alla conservazione
TARGET 2016		entro il 30/4 Proposta deliberazione manuale conservazione sostitutiva di concerto con il SIA. Entro 30/6 evidenza nr 2 percorsi conservazione sostitutiva registro protocollo ed atti rogati in forma pubblica. Monitoraggio SC Affari Generali di concerto con SIA e con la SC Acquisti e gestione degli approvvigionamenti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La deliberazione di adozione del manuale di conservazione sostitutiva è stata adottata e pubblicata su intranet e sul sito trasparenza aziendale il 28.4.2016.Sono stati formalizzati i percorsi attinenti la conservazione sostitutiva di contratti e convenzioni. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto di revisione delle modalità di gestione documentale e del relativo regolamento (SC Affari Generali)
INDICATORE		Evidenza progetto di revisione delle modalità di gestione documentale aziendale e del relativo regolamento
TARGET 2016		Entro il 30/4 proposta deliberazione manuale di gestione protocollo e scarto. Monitoraggio SIA.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La deliberazione di adozione del manuale di gestione documentale è stata adottata e pubblicata su intranet e sul sito trasparenza aziendale il 28.4.2016. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aggiornamento "Documento programmatico per la sicurezza anno 2016". Gestione adempimenti. (SC Affari Generali)
INDICATORE		Redazione proposta deliberativa di aggiornamento del Documento Programmatico per la sicurezza delle misure rivolte alla riduzione dei rischi di cui agli artt. 31 e ss. del D.Lgs. 196/2003.
TARGET 2016		Entro 30/11 documento aggiornato. Monitoraggio SC SIA
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'aggiornamento del DPS è stato effettuato con deliberazione repertorio n.290 del 29.11.2016, adottata e pubblicata e, quindi, entro i termini previsti. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Passaggio dalla piattaforma Moodle attualmente in uso (versione 1.9) a quella più recente disponibile per la fruizione dei corsi FAD, documentazione e manuali corsi residenziali, documentazione corsi area emergenza, atti di convegni, etc (SC Aggiornamento e Formazione)
INDICATORE		Tempistica messa a regime nuova piattaforma on line
TARGET 2016		Entro il 30/4/2016 ricognizione dei corsi esistenti sulla piattaforma in uso. Entro il 31.10.2016 riallineamento dei corsi sulla nuova piattaforma
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		E' stata effettuata la ricognizione dei corsi esistenti sulla piattaforma in uso, come da verbale del 26/4/2016. Il riallineamento dei corsi sulla nuova piattaforma si è concluso nei tempi previsti. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione formazione a distanza (SC Aggiornamento e Formazione)
INDICATORE		Nr corsi realizzati
TARGET 2016		Almeno 3 corsi conclusi al 30/11
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Corsi conclusi: Farmacovigilanza, Corso radioprotezione per TSRM, Corso Base riabilitazione respiratoria. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Sperimentazione della fruibilità di un corso FAD aziendale con collegamento via web da postazione domiciliare (SC Aggiornamento e Formazione)
INDICATORE		Evidenza Programmazione e Realizzazione della Formazione
TARGET 2016		Pubblicazione del corso FAD sulla piattaforma entro il 30.06.2016. Monitoraggio degli accessi, partecipazione per almeno il 90% dei posti previsti entro il 31.12.2016.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro il termine è stato pubblicato il corso Fad Corso radioprotezione per TSRM. Hanno partecipato il 91% del totale degli operatori nel termine previsto. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Definizione di un modello sperimentale per la gestione del PF interaziendale in ambito metropolitano (SC Aggiornamento e Formazione)
INDICATORE		studio di fattibilità e redazione protocollo di intesa
TARGET 2016		entro il 30.6.2016 redazione documento studio di fattibilità e redazione protocollo di intesa.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Lo studio di fattibilità ha avuto il parere favorevole della Direzione Sanitaria il 18.5.2016. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione della reportistica da inviare alle strutture proponenti le iniziative previste nel PFA (corsi effettivamente realizzati rispetto al programmato, partecipanti effettivi rispetto ai previsti, ecc) (SC Aggiornamento e Formazione)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro il 30.04.2016 creazione e invio della reportistica relativa all'anno 2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		In data 28.4.2016 è stata inviata la reportistica ai Dipartimenti ospedalieri e territoriali. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Valutazione dell'efficacia delle attività formative (SC Aggiornamento e Formazione)
INDICATORE		Evidenza valutazione di almeno un evento formativo
TARGET 2016		Entro il 30/11 valutazione di un evento formativo svolto nel 1 semestre 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Dal 13.5.2016 al 16.6.2016 è stato effettuato l'evento formativo "Blended". La valutazione della ricaduta è stata effettuata con il questionario CLES - T. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione eventi di formazione relativi: metodologia carichi di lavoro amministrativi; bilancio competenze; tecniche lean. (SC Aggiornamento e Formazione)
INDICATORE		tempistica realizzazione formazione
TARGET 2016		Entro 30/06 realizzazione corsi relativi a bilancio competenze e tecniche lean. Entro 30/11 realizzazione corso carichi di lavoro
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con Determinazione n.815 del 30.5.2016 sono state attivate n.2 edizioni del corso "Bilancio delle competenze". Il corso "Lean Management" previsto per il 17.6.2016 è stato rinviato dalla Direzione amministrativa con nota n.77230 del 6.6.2016. I corsi sui carichi di lavoro sono iniziati il 5.12.2016. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Avvio e messa a regime firma elettronica da apporre sugli attestati ECM e non ECM dei corsi di formazione aziendali (SC Aggiornamento e Formazione)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		A partire dal 30/6 firma elettronica su attestati ECM previsti da PFA 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'avvio e la messa a regime firma elettronica da apporre sugli attestati sono divenuti operativi il 26.6.2016. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Avvio sperimentale delle procedure del PAC area E) rimanenze (SC Bilancio e contabilità, SC Centro Controllo Direzionale, SC Economato e Logistica)
INDICATORE		1) riunione formativa con il personale coinvolto 2) applicazione delle procedure
TARGET 2016		1) entro il primo trimestre del 2016 2a) entro il 30/06/2016 verificare la completa applicazione delle procedure delle rimanenze 2b) entro il 31/12/2016 applicazione delle procedure per la fase di chiusura dell'inventario e avvallo da parte dei responsabili dei magazzini centrali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC Bilancio e contabilità, SC Centro Controllo Direzionale: Le procedure dell'area rimanenze sono state applicate, nel corso del 2016, in via sperimentale dalle strutture coinvolte. La gestione delle nuove metodologie impatta sulla SC Bilancio con evidenza sulla procedura amministrativo contabile Oliamm, anche con riferimento alla gestione dei magazzini. Le riunioni informative sono state effettuate, nell'ambito degli incontri del sistema qualità e della presentazione delle schede di budget, come da fogli firma agli atti. Obiettivo raggiunto ☺ SC Economato e Logistica: Nel mese di marzo, dopo il trasferimento del personale di magazzino in via Buccari si sono svolte due riunioni sul tema in obiettivo (il giorno 21 ed il 29). La procedura rimanenze con i relativi controlli mensili a campione è attivata dall'aprile 2016. Nelle ultime due settimane di dicembre si è svolta la fase di inventario, coinvolgendo il personale anche nelle giornate di sabato e domenica al fine di non pregiudicare il calendario consegne. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: conclusione degli adempimenti relativi all'area F) Crediti in cui Asl 3 è capofila regionale (SC Bilancio e contabilità)
INDICATORE		stesura di 8 procedure da condividere e analizzare con le altre aziende liguri. Presentazione in Regione dei documenti
TARGET 2016		1) stesura procedure entro 31/03/2016 2) trasmissione procedure alle aziende e condivisione delle osservazioni entro il 30/06/2016 3) redazione delle Istruzioni Operative entro il 31/12/2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Le procedure prodotte, dopo le valutazioni fatte a livello regionale e in accordo con il docente che ha affiancato l'Azienda nella realizzazione del percorso, sono state complessivamente 6. La presentazione delle procedure è avvenuta in seduta comune con la Regione e le Aziende liguri in data 02/03/2016 e definitivamente inoltrate tramite mail a tutte le aziende in data 15/03/2016. Regione Liguria, con nota mail del 06/12/2016, ha inviato le procedure definitive a tutte le aziende e, nei corso dei primi mesi dell'anno 2017, ha emanato le linee guida regionali con apposito atto deliberativo. La Struttura ha, inoltre, provveduto alla stesura in bozza delle Istruzioni Operative collegate alle procedure, che devono tuttavia essere ancora formalizzate. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Percorso Attuativo della Certificabilità - Pac: applicazione della procedura relativa alla gestione del conto deposito (Acquisti e Gestione Approvvigionamenti)
INDICATORE		evidenza dell'applicazione
TARGET 2016		1) entro il 30/06/2016 applicazione della procedura al 50% dei nuovi contratti 2) entro il 30/10/2016 applicazione della procedura a tutti i nuovi contratti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'applicazione è stata applicata su tutti i contratti attivati nel 2016. Si è riscontrata una problematica da parte del software aziendale di contabilità (Engineering) relativamente al barcode. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza	Realizzazione del percorso attuativo della certificabilità (Direttore Dip. Economico Gestionale)
INDICATORE		Evidenza degli adempimenti delle Aree E) rimanenze, F) crediti, H) immobilizzazioni
TARGET 2016		Evidenza adempimenti svolti secondo le indicazioni e la tempistica individuate da Regione Liguria
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il lavoro è stato effettuato. Regione Liguria ha utilizzato la documentazione prodotta sui temi per i propri decreti sulle relative linee guida. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Percorso Attuativo della Certificabilità - PAC: conclusione degli adempimenti relativi all'area H) Immobilizzazioni (SC Bilancio e contabilità, SC Centro Controllo Direzionale, SC Economato e Logistica, SC Acquisti e Gestione Approvvigionamenti, SC Gestione Tecnica Centro Levante, SC Gestione Tecnica Centro Ponente, SSD Ingegneria Clinica, SSD Patrimonio, Direttore Dip. Infrastrutture)
INDICATORE		1) riunione formativa con il personale coinvolto 2) applicazione delle procedure
TARGET 2016		1) revisione e presentazione procedure entro 31/03/2016 2) applicazione delle procedure in via sperimentale entro il 01/10/2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La revisione delle procedure e l'applicazione in via sperimentale delle stesse sono state effettuate nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Compendio di Quarto: messa in atto delle attività necessarie al trasferimento degli uffici del polo (Ufficio Entrate/Ciclo Passivo Fornitori) (SC Bilancio e contabilità)
INDICATORE		rispetto della tempistica
TARGET 2016		trasferimento entro il 31/12/2016 degli uffici del /Polo di Quarto della Struttura presso i locali siti in via Frugoni, subordinato ai tempi di consegna dell'immobile
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La Direzione Aziendale ha destinato l'immobile di via Frugoni ad altre attività. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Fatturazione elettronica: messa a regime dell'invio informatico mediante l'utilizzo dello strumento "Iter" (SC Bilancio e contabilità)
INDICATORE		abbandono della trasmissione cartacea delle fatture alle Strutture interne
TARGET 2016		trasmissione informatica del 100% delle fatture ai centri di costo competenti per la liquidazione entro il 30/06/2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'obiettivo è stato completamente raggiunto. Per una verifica è necessario l'utilizzo della procedura amministrativo contabile Oliamm. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Sviluppo sistema di business intelligence SpagoBi (SC Centro di Controllo Direzione, SC Economato e Logistica)
INDICATORE		percentuale dei contratti gestiti con la nuova procedura
TARGET 2016		Almeno nr 2 nuovi report inseriti ad uso delle SSCC. Almeno 30% dei cdc chiusi al 31/12/2015 in approvvigionamenti ma con presenza cespiti, sono chiusi definitivamente nel corso del 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		I 2 report sono stati inseriti. Al 31/12/2015 erano 169 i cdc da chiudere anche nella procedura cespiti, al 31/12/16 sono rimasti attivi in procedura cespiti 110 cdc e quindi in percentuale la diminuzione è stata del 34,91. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Razionalizzazione servizio telefonia mobile mediante passaggio al servizio ricaricabile delle utenze base (SC Economato e Logistica)
INDICATORE		rispetto della tempistica
TARGET 2016		passaggio delle utenze base in abbonamento a servizio ricaricabile entro 30/4/2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nel mese di febbraio sono migrate da abbonamento a ricaricabile le 511 linee base aziendali. Nel mese di ottobre sono migrate 132 linee interessate anche al traffico personale. Nel mese di novembre sono migrate 32 linee con fonia e rete dati. Al 31/12/16 risultavano attive 753 linee fonia di cui 716 ricaricabili e 37 in abbonamento. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Conclusione delle procedure di esternalizzazione delle cucine e annessi adempimenti amministrativi (SC Economato e Logistica)
INDICATORE		1) messa a regime della distribuzione dei pasti al personale dipendente interessato 2) avvio nuova procedura di fatturazione e imputazione ai centri di costo 3) riqualificazione professionale del personale dell'ex centro cottura aziendale mediante corsi di formazione 4) assegnazione del personale riqualificato alle nuove competenze e relativo tutoraggio 5) perfezionamento delle attività e delle procedure correlate al piano di emergenza
TARGET 2016		conclusione di tutte le attività entro il 31/12/2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Le procedure di esternalizzazione del servizio sono andate a regime nel corso del corrente anno, di pari passo si è completata la procedura di fatturazione che permette l'addebito ai c.d.c. che usufruiscono del servizio, si è riqualificato il personale in base alle domande presentate e si è portato a termine un nuovo schema di procedure di emergenza, precisando però che lo stesso subirà ancora alcune variazioni concernenti il solo ospedale Villa Scassi e conseguenti al termine di alcuni lavori edili che riguardano i locali della cucina. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Compendio di Quarto: messa in atto delle attività necessarie al trasferimento degli uffici e del magazzino della Struttura (SC Economato e Logistica)
INDICATORE		rispetto della tempistica
TARGET 2016		trasferimento entro il 31/03/2016 degli uffici e del magazzino della Struttura, compatibilmente con adeguamento antiincendio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		il personale di magazzino è stato trasferito il 14 marzo, mentre il personale amministrativo si è trasferito tra il 17 ed il 30 marzo. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione di procedura volta ad una più efficace ed efficiente attività amministrativo contabile per la gestione dei contratti dei servizi (SC Centro di Controllo Direzione, SC Acquisti e Gestione Approvvigionamenti 1)e 3) SC Economato e Logistica)
INDICATORE		percentuale dei contratti gestiti con la nuova procedura
TARGET 2016		1) dal 01/01/2016: applicazione della procedura per il contratto ristorazione 2) dal 01/04/2016: applicazione della procedura per il contratto lavanolo 3) dal 01/06/2016: applicazione della procedura per il contratto pulizie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC Centro di Controllo Direzione, SC Acquisti e Gestione Approvvigionamenti, SC Economato e Logistica: Per quanto riguarda la ristorazione e le pulizie la procedura è divenuta pienamente operativa nei termini indicati. Obiettivo raggiunto ☺ SC Centro di Controllo Direzione, SC Acquisti e Gestione Approvvigionamenti: La procedura relativa al servizio di lavanolo non è stata applicata a causa di un ricorso al T.A.R. Sono in corso le attività propedeutiche all'adesione della convenzione, da parte di Asl 3, alla convenzione tra C.R.A. Liguria e Servizi Italia s.p.a. sottoscritta il 4.11.2016 Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Verifica di concerto con SC Assistenza Consultoriale della reportistica utilizzata dalla S.C.A.C. su DWH Aziendale per produrre dati di attività ad uso della Direzione Strategica (SC Centro di Controllo Direzione)
INDICATORE		Analisi della reportistica. Nr incontri infrastrutture Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 30/9 analisi della reportistica relativa alla SC Assistenza Consultoriale attraverso almeno 4 incontri congiunti CCD/Ass Consultoriale. Entro 30/11 produzione documento con indicazione della reportistica di area consultoriale presente su Dwh Aziendale ad uso della Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono stati effettuati 4 incontri congiunti nelle seguenti date: 9/3 5/4 2/5 19/7. Con Prot.n.159014 del 30.11.2016 viene certificata la creazione nel DWH aziendale di un'area dedicata al consultorio contenente report standardizzati per tipologia, prestazione ed equipe/operatore. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitoraggio della spesa per assistenza protesica anno 2016: definizione protocollo per la quadratura della spesa rilevata da Dwh Aziendale (SC Centro di Controllo Direzione)
INDICATORE		Riunioni con SC Bilancio e Dip Cure Primarie Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 30/6 effettuazione incontri. Entro 30/11 stesura protocollo attività e Elaborazione report di quadratura da DWH
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con Prot.n. 4999057 del 30.11.2016 sono stati certificati n.3 incontri verbalizzati ed avvenuti nei termini previsti: 3/5 15/6 e 27/6. E' stata effettuata la mappatura dei flussi dei dati dove sono emerse le criticità dovute alle gare in scadenza relativamente alla possibilità, da parte dei fornitori di fornire il flusso per la quadratura. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aggiudicazione gara relativa all'acquisizione del servizio di gestione di attività riabilitative per pazienti ospiti in comunità alloggio ad utenza psichiatrica (SC Acquisti e Gestione Approvvigionamenti)
INDICATORE		aggiudicazione della gara
TARGET 2016		1) pubblicazione del bando entro il 30/04/2016 2) Inizio lavori della commissione tecnica entro il 30/06/2016 3) aggiudicazione gara entro il 30/09/2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Le attività sono state avviate e quasi completamente concluse. Si è dovuto procedere ad una revisione dei capitoli anche alla luce delle novità normative ANAC sui temi oggetto del bando. Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gestione DURC afferenti la Struttura mediante modalità on line (SC Acquisti e Gestione Approvvigionamenti)
INDICATORE		1) stesura procedura di gestione dei DURC on line 2) applicazione procedura
TARGET 2016		1) stesura procedura entro 31/01/2016 2a) invio procedura entro il 29/02/2016 2b) applicazione procedura dal 31/03/2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il 29.2.2016 è stata inviata al CCD a mezzo mail la nuova procedura. Il 31.3.2016 è iniziata l'applicazione relativa. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Applicazione del D.L. 78/2015 come convertito in legge relativo alla razionalizzazione delle spese del Servizio Sanitario (SC Acquisti e Gestione Approvvigionamenti 2) Direttore Dip. Economico gestionale)
INDICATORE		1) proposta ai fornitori di una rinegoziazione dei contratti in essere avente l'effetto della riduzione dei prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto al fine di una riduzione su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti 2) Evidenza documenti delle proposte di rinegoziazione contratti e dell'acquisizione degli esiti, formulate dalla SC Provveditorato
TARGET 2016		1) entro il 29/02/2016 completamento delle proposte di rinegoziazione al 100% dei fornitori. 2) entro il 31/03/16 acquisizione esiti rinegoziazione del 50% 3) entro il 30/04/2016 acquisizione esiti rinegoziazione del 100%. Relazione del Direttore del Dipartimento
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con prot.n.25757 del 24.2.2016 è stato raggiunto il 100 % dei fornitori. In data 29.4.2016 è stata trasmessa la relazione sugli esiti al Direttore amministrativo. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Trasparenza e Prevenzione Corruzione: dare concreta attuazione al ruolo di coordinamento assegnato dal PTPC 2014 - 2016 e dal Codice di Comportamento (Direttore Dip. Economico gestionale)
INDICATORE		1) trasmissione semestrale al RPC di nota attestante la pubblicazione dei documenti obbligatori 2) Relazione annuale circa le attività svolte in materia di prevenzione della corruzione dai dirigenti del dipartimento
TARGET 2016		1) trasmissione note contenenti "indicatori di risultato" entro il 30/06/2016 e 15/12/2016 2) Relazione entro il 15/12/2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Pur avendo assicurato la pubblicazione dei documenti obbligatori per tempo non risulta l'invio della nota semestrale richiesta. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Piano strategico Anno 2016-2018: (Direttore Dip. Economico gestionale)
INDICATORE		Evidenza documento, per le parti di competenza.
TARGET 2016		Entro 29/02 invio documento completo relativo alla situazione economica aziendale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Obiettivo sospeso. Le attività propedeutiche sono comunque state effettuate. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rifunzionalizzazione sede di via Frugoni in Genova per uffici contabilità aziendale e settore Qualità (SC Gestione Tecnica Centro Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 30/9 completamento lavori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'obiettivo ha visto una riconsiderazione nelle destinazioni d'uso che hanno influenzato i tempi di realizzazione delle opere. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ex PSS Quarto - Rifunzionalizzazione (SC Gestione Tecnica Centro Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Rispetto tempistica adempimenti regionali/comunali.....
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'iter ha subito dei ritardi in ragione delle verifiche a livello centrale (Regione/Arte/Asl3) non sempre controllabili dagli uffici delegati alla realizzazione delle opere di progetto. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	PO Villa Scassi PAD 6 PT levante Realizzazione nuovo Centro Trasfusionale (SC Gestione Tecnica Centro Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 31/5 inizio di esecuzione lavori. Entro 30/12 fine lavori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		I lavori sono iniziati nei termini ma non sono stati terminati nel 2016 (ancora in corso). Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	PO Villa Scassi PAD 9 PT Realizzazione nuova piastra endoscopica e broncoscopica (SC Gestione Tecnica Centro Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 30/9 approvazione progetto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il progetto non è stato predisposto ed è stato escluso dal piano triennale. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	P.O. Villa Scassi - Rifacimento copertura pad. 10 e ripristini interni piastra medicina nucleare (SC Gestione Tecnica Centro Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 31/12 Esecuzione e Completamento lavori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'intervento risulta ancora da completare. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	P.O. Villa Scassi - ristrutturazione e messa a norma percorsi reparto Centro Ustionati (SC Gestione Tecnica Centro Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 31/5 inizio lavori. Entro 30/12 conclusione 1 fase lavori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Intervento iniziato ma non ancora concluso. Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione nuovo corpo di fabbrica presso ex ospedale Martinez (SC Gestione Tecnica Centro Ponente)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 31/12 completamento lavori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il cantiere è stato ultimato in ritardo anche a causa di problematiche non imputabili alla stazione appaltante (ritardo fornitura di energia elettrica). Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione nuovo laboratorio di patologia clinica dell'ASL 3 "GENOVESE" (SC Gestione Tecnica Centro Ponente)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 30/6 Indizione gara. Entro 30/11 affidamento appalto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con deliberazione n° 148 del 30/03/2016 è stata indetta gara la gara prevista. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rifacimento cabina elettrica MT e BT P.O. Colletta (SC Gestione Tecnica Centro Ponente)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 31/5 indizione gara Entro 30/10 affidamento lavori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con deliberazione n° 150 del 30/03/2016 è stata indetta gara la gara prevista. L'affidamento è avvenuto con ritardo. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Completamento sostituzione degli impianti elevatori dello stabilimento ospedaliero PO Colletta (SC Gestione Tecnica Centro Ponente)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 30/11 approvazione progetto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il progetto non è stato approvato. Obiettivo parzialmente raggiunto ☹

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Sostituzione impianto osmosi ed unificazione dialisi al 9° piano P.O. Colletta (1) SC Gestione Tecnica Centro Ponente, 2) SSD Ingegneria clinica)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		1) Entro 30/4 inizio lavori. 1) e 2) Entro 31/12 completamento lavori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		I lavori sono stati terminati in data 17/08/2016. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	P.O. Arenzano: messa a norma antincendio (I lotto) (SC Gestione Tecnica Centro Ponente)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 30/11 completamento lavori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		I lavori sono stati terminati in data 29/11/2016. Obiettivo raggiunto 😊
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		I lavori sono stati terminati in data 17/08/2016. Obiettivo raggiunto ☑
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione verbale operatorio informatizzato (SC Sistemi Informativi)
INDICATORE		Evidenza collaudo prodotto. Utilizzo applicativo
TARGET 2016		Entro 30/11 prodotto funzionante. Da 1/12 collaudo presso S.O. Villa Scassi. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		A causa della mancanza di un accordo di collaborazione interaziendale con Asl 4, proprietaria del software. Obiettivo parzialmente raggiunto 😞
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gestione refertazione endoscopica (SC Sistemi Informativi)
INDICATORE		Tempistica adozione modello di refertazione Nr referti informatizzati
TARGET 2016		Entro 31/3 adozione modello di refertazione unico da 1/7 100% referti informatizzati. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro il 31/03 è stato definito e adottato un modello unico di refertazione endoscopica informatizzato condiviso da tutti i medici endoscopisti ed è stato collaudato e avviato dal 1/07/2016 si è entrato a completo regime anche per tutte le richieste interne informatizzate. Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto completamento digitalizzazione dei sistemi di gestione delle attività diagnostiche del Dipartimento di Cardiologia (validazione tele-ECG, completamento Ecocardiografia in rete, ottimizzazione telerefertazione MMG) di concerto con SSD Ingegneria Clinica (SC Sistemi Informativi)
INDICATORE		Verifica ed estensione apparecchiature e supporti digitali di ricezione ad altre sedi della SC Cardiologia e a studi di medicina generale organizzati in medicina di gruppo Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 30/6 validazione procedura di trasmissione tracciati elettrocardiografici presso le diverse sedi. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Validazione procedura di trasmissione tracciati elettrocardiografici presso le diverse sedi: la fornitura è stata completata , gli elettrocardiografi sono stati distribuiti , sono stati definiti i punti di refertazione e le modalità di invio tracciato, refertazione e ritorno referto tramite l'infrastruttura RIS PACS. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Completamento funzionalità SpagoBi (SC Sistemi Informativi)
INDICATORE		Tempistica. Reportistica e flussi informativi
TARGET 2016		Entro 30/6 Reportistica dedicata alla Direzione aziendale sulla assegnazione giuridica del personale e dei relativi flussi informativi prodotti periodicamente per gli adempimenti di legge. Monitoraggio CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		In mancanza di informazioni e desiderata specifici della S.C.OSRU propedeutiche alla realizzazione dell'obiettivo prefissato , sono state sviluppate altre funzionalità e reportistiche sempre rivolte al personale in sostituzione di quelle definite inizialmente. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Portale on line a disposizione del cittadino per la fruizione di informazioni aggiornate sulle prestazioni intramoenia offerte dai professionisti dell'ASL3 Genovese e per la prenotazione on line direttamente sulle agende messe a disposizione dai professionisti. Analisi e stesura di progetto per l'estensione ed evoluzione del portale (SC Sistemi Informativi)
INDICATORE		Evidenza progetto. Attivazione portale
TARGET 2016		Da 1/7 Attivazione portale. Da 1/9 portale accessibile tramite il sito Internet di ASL 3. Monitoraggio Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il portale è attivo da Marzo 2016 ed è stato predisposto per la successiva pubblicazione sul sito internet di ASL 3 da parte di Liguria Digitale, avvenuta comunque entro l'anno. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Portale "Registro Cassa" per registrazioni contabili dei singoli punti cassa (SC Sistemi Informativi)
INDICATORE		Sviluppo procedura web
TARGET 2016		Entro 29/02 portale registro corrispettivi a regime . Da 1/3 registrazioni contabili su registro corrispettivi. Nr registrazioni contabili su registro corrispettivi. Entro 30/06 portale libro cassa a regime . Da 1/7 registrazioni contabili su libro cassa. Nr registrazioni contabili su libro cassa. Monitoraggio SC Bilancio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Tutte le attività sono state concluse nei tempi previsti . Dal 1 Luglio le registrazioni contabili sono effettuate al 100% sul libro cassa. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Individuazione di servizio di conservazione sostitutiva per i contratti nativi digitali, il registro di protocollo e i mandati di pagamento (già attivi). (SC Sistemi Informativi)
INDICATORE		Tempistica di sviluppo sistema. Evidenza utilizzo sistema
TARGET 2016		Da 1/4 attivazione sistema. Da 1/9 utilizzo archiviazione Monitoraggio Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Dal 1/04 è stato attivato il sistema di conservazione sostitutiva acquisito (Gestione Archivi) per l'archiviazione del registro di protocollo, contratti nativi digitali e mandati di pagamento. L'archiviazione viene svolta regolarmente e monitorata. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attivazione trasmissione digitale tracciati elettrocardiografici presso cardiologie aziendali tramite connessione informatica con i centri territoriali e gli studi di medicina generale, di concerto con SC SIA (SSD Ingegneria Clinica)
INDICATORE		Verifica ed estensione apparecchiature e supporti digitali di ricezione e invio ad altre sedi della SC Cardiologia e a studi di medicina generale organizzati in medicina di gruppo Nr referti digitali/Nr referti totali
TARGET 2016		Entro 30/6 validazione procedura di trasmissione tracciati elettrocardiografici presso le diverse sedi. Entro 30 settembre almeno il 50% di referti emessi in formato digitale. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono stati installati e collaudati tutti gli elettrocardiografi ed i componenti Hardware e Software sia in Asl 3 sia presso MMG. Test in via di completamento. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Endoscopia Digestiva - predisposizione progetto triennale di riorganizzazione/adequamento delle tecnologie con contestuale gestione digitale degli esami endoscopici (immagini e video) (SSD Ingegneria Clinica)
INDICATORE		Evidenza progetto. Rispetto tempistica. Avvio gestione digitale immagini
TARGET 2016		Entro 30/9 evidenza progetto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Predisposto progetto. Le procedure sono state validate. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto completamento digitalizzazione dei sistemi di gestione delle attività diagnostiche del Dipartimento di Cardiologia (validazione tele-ECG, completamento Ecocardiografia in rete, ottimizzazione telerefertazione MMG) di concerto con SC SIA (SSD Ingegneria Clinica)
INDICATORE		Verifica ed estensione apparecchiature e supporti digitali di ricezione ad altre sedi della SC Cardiologia e a studi di medicina generale organizzati in medicina di gruppo. Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 31/12 validazione procedura di trasmissione tracciati elettrocardiografici presso le diverse sedi. Monitoraggio SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono stati installati e collaudati tutti gli elettrocardiografi ed i componenti Hardware e Software. La procedura è stata validata nei tempi (mail del CCD del 25.5.2017) Obiettivo raggiunto 😊

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento processo piano acquisti apparecchiature elettromedicali (SSD Ingegneria Clinica)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 31/3 presentazione Direzione Strategica piano acquisti apparecchiature. Entro 30/6 inoltra a Provveditorato della documentazione tecnica necessaria per l'esecuzione del piano aggiornamento delle apparecchiature approvato
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Tempistica rispettata per la presentazione del Piano Acquisti e per la predisposizione dei capitolati tecnici. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Dismissione patrimonio immobiliare non strategico per l'azienda: attivazione procedure autorizzative all'alienazione ed effettuazione delle procedure di gara (SSD Patrimonio)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 30/06 indizione procedure di gara
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con delibera n.154 del 30.03.2016 è stata indetta la trattativa privata per l'alienazione dell'immobile di Vico Verrina. Per Via Frugoni e Ronco Scrivia si sono registrati alcuni contatti con possibili acquirenti mentre relativamente al lascito Mulfari sono state attivate le procedure di alienazione. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Calcolo superfici e attribuzione ai singoli CdC presenti all'interno dei presidi ospedalieri e/o delle strutture poliambulatoriali di maggiore dimensione (SSD Patrimonio)
INDICATORE		Tempistica. Nr edifici censiti
TARGET 2016		Entro 30/6 definizione strutture su cui concentrare il lavoro da svolgere entro il 31/12/2016 (max 2 ospedali o 4 strutture poliambulatoriali) di concerto con CCD Entro 31/12 calcolo superfici assegnate a ciascun CdC per le strutture definite al punto precedente Monitoraggio CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		E' stato sviluppato il database per il calcolo della superficie occupata dai singoli CDC mediante applicazione di semplici filtri. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Banca dati aggiornata relativa alla superfici degli immobili censiti Micenes, di concerto con Dip Infrastrutture (SSD Patrimonio)
INDICATORE		Tempistica integrazione database Attribuzione a cdc superficie
TARGET 2016		Entro 30/6 definizione superficie netta /superficie lorda /superficie coperta /superficie TARI. Definizione struttura dati all'interno database e procedure di aggiornamento interdipartimentale Entro 30/9 calcolo superfici di ciascun piano di ciascun immobile per cui Micenes ha già messo a disposizione as built Entro 31/12 calcolo superfici di ciascun piano di ciascun immobile almeno per il 50% dei restanti immobili (restante 50% da effettuare entro 30/06/2017) Monitoraggio CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro il 30/6 sono stati definiti i diversi tipi di superficie e la struttura dei dati. Il calcolo delle superfici è stato effettuato nel 2016. Il calcolo delle superfici di ciascun piano di ciascun immobile è stato effettuato su 35 compendi immobiliari per i quali erano disponibili i rilievi effettuati da Micenes e comprendono il 94 % dell'intera superficie. La rilevazione dei restanti 50 presidi verrà completata nel 2017. Considerata l'esiguità della superficie di questi ultimi l'obiettivo si considera raggiunto. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione sistema di verifica costi telefonici per singola utenza (SSD Telecomunicazioni)
INDICATORE		Evidenza applicativo di rilevazione costi per utenza e cdc
TARGET 2016		Entro 30/06 applicativo funzionante
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Applicativo in funzione, pienamente utilizzabile. Manca il collegamento con rubrica (e conseguentemente CDC) per mancanza della rubrica, la cui realizzazione è tuttora in corso. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione rete wireless in quattro reparti Villa Scassi, di concerto con SIA e POU. (SSD Telecomunicazioni)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2016		Entro 30/06 attivazione rete wireless nei quattro reparti individuati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il wi-fi è installato e funzionante in cinque reparti in luogo dei quattro previsti; ulteriori tre reparti hanno le antenne predisposte ma non ancora attive. Obiettivo raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Azioni relative alla comunicazione istituzionale ed interna. (SSD Telecomunicazioni)
INDICATORE		Aggiornamento/ implementazione specifiche sezioni sito aziendale
TARGET 2016		Entro 30/6 Reingegnerizzazione elenco telefonico nella intranet aziendale. Monitoraggio Settore Comunicazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Le attività programmate sono state tutte realizzate. Si sono presentati problemi a livello di centralino. In corso di verifica investimenti alternativi per ovviare al problema e migliorare anche la gestione centralizzata delle rubriche e degli apparati fax. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Rendicontazione a Regione progetti finanziati con fondi nazionali (Direttore Dip. Infrastrutture)
INDICATORE		Evidenza tabella con progetti e relativa tempistica di rendicontazione. Rispetto tempistica rendicontazione prevista da regione
TARGET 2016		Entro 30/04 invio tabella con progetti e tempistica rendicontazione. Rendicontazione nei termini previsti Invio al CCD monitoraggio semestrale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'obiettivo risulta essere stato parzialmente raggiunto. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Realizzazione adeguamenti ed investimenti strutturali previsti dalle schede di Budget 2016 delle SSCC/SSDD afferenti al Dipartimento (Direttore Dip. Infrastrutture)
INDICATORE		% interventi realizzati secondo cronoprogramma
TARGET 2016		almeno il 95% rispettano il cronoprogramma
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'obiettivo a causa degli avvicendamenti e della criticità degli interventi non è stato raggiunto nella percentuale richiesta Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Dirigenza	Trasparenza e Prevenzione Corruzione: Dare concreta attuazione al ruolo di coordinamento assegnato dal PTPC 2014 - 2016 e dal Codice di Comportamento, all'interno delle proprie strutture, in relazione alla puntuale e omogenea applicazione delle misure di prevenzione della corruzione e del rispetto delle norme sulla trasparenza, così come promosse dal Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione (RPC). Nell'ambito delle funzioni relative alla prevenzione della corruzione i Direttori di Dipartimento svolgono le funzioni di Referenti Aziendali della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione. (Direttore Dip. Infrastrutture)
INDICATORE		<p>1) Trasmissione semestrale al RPC di una nota che attesti che tutti i documenti obbligatori di competenza del proprio Dipartimento sono stati pubblicati</p> <p>2) Predisposizione di una relazione annuale in cui vengano precisate le attività svolte dai propri dirigenti sulle attività di prevenzione della corruzione e di applicazione del Codice di Comportamento</p> <p>3) Trasmissione via mail, secondo le indicazioni fornite successivamente, dal RPC, della revisione dell'analisi dei processi, della valutazione e del trattamento del rischio</p>
TARGET 2016		<p>1) Trasmissione delle note di cui al punto 1) della col. "Indicatori di risultato"; rispettivamente il 30/06/2016 e 30/12/2016.</p> <p>2) Trasmissione della relazione di cui al punto 2) e completa delle indicazioni successivamente fornite dal RPC, entro il 15/12/2016;</p> <p>3) Invio della mail di cui al punto 3) secondo le indicazioni fornite dal RPC nel corso dell'anno</p> <p>Monitoraggio: Relazione del RPC</p>
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>La revisione delle procedure si è conclusa entro il mese di marzo 2017, mentre la riunione di presentazione delle procedure è slittata al 6 aprile a causa del trasloco degli uffici e delle riunioni per la procedura di cui al punto seguente. L'applicazione concreta delle procedure, sia pure in via sperimentale è stata avviata nei tempi previsti (settembre 2016). Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA		Performance
Obiettivo operativo	Comparto	1) Contenimento prestazioni di lavoro straordinario 2) Programmazione della fruizione del congedo ordinario anno in corso (Settore Gestione Manutenzioni)
INDICATORE		1) Monte annuo procapite. Monte ore annuale straordinario Ore accantonate a fine anno 2) Nr gg di C.O. Anno 2015 al 31.12.2015
TARGET 2016		1) Rispetto monte ore individuale pari a 180 h Monte ore straordinario = 2.000 h Ore accantonate al 31.12.2016 = 300 ore max 2) Al 31.12.2016 C.O. Anno 2016 in media 11 gg procapite Monitoraggio SC Personale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		1) Rispetto monte ore annuale 180 h procapite raggiunto con l'eccezione di n° 3 operatori Monte ore annuale straordinario = 2.000 h risultato raggiunto Ore accantonate al 31.12.2016 = ore 300 ore max obiettivo non raggiunto. 2) Al 31/12/2016 Congedo ordinario Anno 2016 in media 11 gg procapite. Obiettivo parzialmente raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Comparto	Gestione informatizzata chiamate per interventi manutentivi (Settore Gestione Manutenzioni)
INDICATORE		% chiamate evase informaticamente dalle officine
TARGET 2016		dal 1/3 il 60% delle richieste di intervento sono evase informaticamente dalle officine
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Eseguita. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Riduzione tempi di intervento (Settore Gestione Manutenzioni)
INDICATORE		Tempi di risposta da parte del settore nell'anno 2013 Caricamento applicativo informatico per la rilevazione dei tempi di intervento
TARGET 2016		Almeno il 90% degli interventi sono effettuati entro 8 gg lavorativi. Report trimestrale entro 30 gg chiusura del trimestre contenente data di richiesta e data di intervento e nr gg di risposta
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Procedura attesa non seguita. Obiettivo non raggiunto ☹

STAFF DELLE DIREZIONI

Strutture in Staff alla Direzione Generale		
		SC Prevenzione e Protezione SS Relazioni Esterne - URP
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner. (SC Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Consumato relativo a Beni non sanitari
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Obiettivo parzialmente raggiunto. Vedasi scheda Budget economico 2016. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rispetto budget assegnato per il Piano di Comunicazione 2016 (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Importo budget
TARGET 2016		Rispetto budget assegnato con deliberazione n.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Adeguamento antincendio ai sensi del D.M. 19/03/2015 (S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Rispetto delle scadenze indicate nel D.M. Evidenza cronoprogramma attività
TARGET 2016		Entro 31/03 invio cronoprogramma attività alla Direzione Strategica. Entro 30/04 Presentazione al Comando Provinciale della Segnalazione Certificata di Inizio Attività Entro 31/12 realizzazione del programma di adeguamento delle strutture relative alle aree A e F
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nei termini previsti dal Decreto sono stati presentati al Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Genova SCIA ed esame progetto dei 4 Ospedali e dei 10 poliambulatori piu' grandi dell'ASL n. 3. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff alla Direzione Generale		
		SC Prevenzione e Protezione SS Relazioni Esterne - URP
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Strutturare un Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL) con integrato un Sistema di Gestione Sicurezza Antincendio (SGSA) per predisporre una certificazione OHSAS 18001 (S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Mappatura dei siti aziendali e verifica delle conformità di due siti (La Colletta e ex Martinez) per un'iniziale gap analisi
TARGET 2016		Entro 31/12 mappatura siti e produzione gap analisi per i due siti individuati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La mappatura è stata realizzata. La documentazione è agli atti presso gli uffici CCD. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Estensione valutazione dei rischi presso il domicilio dei pazienti per evitare danni agli operatori delle cure domiciliari. (S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Evidenza scheda di valutazione rischi
TARGET 2016		Da 1/7 integrazione check list in uso agli operatori
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La mappatura è stata realizzata. La documentazione è agli atti presso gli uffici CCD. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Integrazione WHP (Workplace Health Promotion ovvero promozione della salute nei luoghi di lavoro) - Programma "Disassuefazione da fumo" di concerto con SC Igiene SS Epidemiologia (S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Apertura sportello fumo. Nr fumatori/Tot dipendenti Evidenza protocollo disassuefazione
TARGET 2016		Entro 30/4 programma "Disassuefazione da fumo" in collaborazione con SC Igiene SS Epidemiologia Da 1/7 apertura sportello fumo ed invito a programma dei soggetti fumatori individuati. Almeno 100 dipendenti invitati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La mappatura è stata realizzata. La documentazione è agli atti presso gli uffici CCD. Obiettivo raggiunto 😊

Strutture in Staff alla Direzione Generale		
		SC Prevenzione e Protezione SS Relazioni Esterne - URP
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Revisione attuazione ed applicazione della normativa sul divieto di fumare, in continuità con progetto Anno 2015 (S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Revisione cartellonistica e responsabili
TARGET 2016		Entro 30/5 completo revisione ed adeguamento, invio al CCD relazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con deliberazione n. 212 dell'11 Aprile 2016 è stato approvato il "Regolamento sul divieto di fumo nei locali dell'ASL 3 Genovese" ed aggiornato l'elenco del personale preposto al controllo dell'osservanza al divieto di fumo. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Indagine burnout per Distretto 11 e reparti di Oncologia e Grandi Ustionati dell'Ospedale Villa Scassi a completamento valutazione Stress Lavoro Correlato (S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Nr interviste. Evidenza dei risultati indagine e azioni correttive
TARGET 2016		Da 1/4 interviste agli operatori coinvolti. Entro 15/10 evidenza risultati analisi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La mappatura è stata realizzata. La documentazione è agli atti presso gli uffici CCD. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Armonizzazione registro infortuni SPP informatizzato con Cruscotto Infortuni INAIL (S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Relazione sulla corrispondenza fra dati del registro e dati INAIL
TARGET 2016		Da 1/7 Registro infortuni SPP in linea con registro INAIL
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con le credenziali fornite ad alcuni addetti del SPP il servizio puo' accedere al cruscotto INAIL e reperire in tempo reale le notizie di infortunio (tipologia, prognosi, luogo, nome dell'infortunato, ecc) Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff alla Direzione Generale		
		SC Prevenzione e Protezione SS Relazioni Esterne - URP
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Comitato Unico di Garanzia aziendale (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Numero incontri organizzati ; Numero verbali sottoscritti
TARGET 2016		Entro 31.12.2016 : effettuazione di almeno due incontri
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il CUG aziendale nell'anno 2016 ha effettuato tre incontri: il 22/02/2016, il 22/06/2016 e il 12/12/2016. I relativi verbali sottoscritti e approvati dal CUG sono stati pubblicati sul sito aziendale. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riorganizzazione URP (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Stesura di un progetto per il passaggio del personale e delle attività degli URP di Via Assarotti e Villa Scassi ai Distretti di competenza e centralità delle attività e delle modalità operative di tutti gli URP alla SS Relazioni Esterne URP
TARGET 2016		Entro il 30.04.2016: Stesura; Entro 30.05.2016: Approvazione; Entro 30.06.2016:Realizzazione progetto.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La S.S. Relazioni Esterne URP con lettera prot. N. 47449349 del 27/05/2016 ha trasmesso al Commissario Straordinario il progetto per la riorganizzazione della rete URP di ASL 3 Genovese che ha previsto il trasferimento delle attività e del personale dell'URP centrale di Via Assarotti al Distretto di appartenenza (DSS11) e dell'URP di Villa Scassi al POU Villa Scassi. Dopo l'approvazione del progetto il Commissario Straordinario ha comunicato il passaggio del suddetto personale alla Direzione del POU e al Direttore del DSS 11 (lettera del 22/7/2017 prot. n. 48246479 e la S.S. Relazioni Esterne URP al Direttore della SC Servizio Amministrazione del Personale (lettera del 28/7/2016 prot n. 48302081). Obiettivo parzialmente raggiunto 😊

Strutture in Staff alla Direzione Generale		
		SC Prevenzione e Protezione SS Relazioni Esterne - URP
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Revisione del "Sistema Qualità" con particolare attenzione all'aggiornamento di: Manuale del Sistema; Procedure; Modulistica e gestione di reclami e segnalazioni (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Tempistica per: B) Stesura delle procedure, pubblicazione del Manuale in revisione; A) creazione dei nuovi modelli e istruzione di lavoro per l'utilizzo degli stessi C) Utilizzo procedure revisionate. Rispondenza audit da parte SS Qualità
TARGET 2016		A) e B) Entro 30/06 C) da 1/07 completa applicazione nuove procedure. Superamento audit
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La SS Relazioni Esterne URP Settore Tutela ha avuto audit da parte della SS Qualità in data 21 Dicembre 2016 (rapporto di Audit agli atti) dal quale risulta che la Procedura di "Gestione Reclami", la modulistica di Sistema e il Manuale della Struttura sono conformi con quanto è richiesto dalla Norma ISO di riferimento. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rispetto dei tempi di risposta alle segnalazioni dell'utenza secondo il Regolamento di Pubblica Tutela (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		% di risposte alle segnalazioni inviate entro i termini previsti
TARGET 2016		Rispondere compiutamente alle segnalazioni entro i tempi del Regolamento di Pubblica Tutela nel 90% dei casi. Invio con cadenza trimestrale al CCD con indicazione data di arrivo segnalazione e data di risposta (come da report predisposto)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Dai report prodotti e inviati alla S.C. CCD con scadenza trimestrale e, precisamente, in data 19/04/2016, 15/07/2016, 6/10/2016 e 12/01/2017 si evince che al 31/12/2016 le risposte sono state inviate in media nei tempi previsti dal Regolamento aziendale, ovvero in 30 gg lavorativi. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Piano della Comunicazione (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Rispetto Tempistica
TARGET 2016		Adozione Entro 30/05
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		il Piano della Comunicazione è stato deliberato il 25 luglio 2016. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff alla Direzione Generale		
		SC Prevenzione e Protezione SS Relazioni Esterne - URP
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Archivio informatico Settore URP Tutela (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Aggiornamento archivio contenente le segnalazioni dell'utenza
TARGET 2016		Inserimento di tutta la documentazione riguardante ogni singola segnalazione.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		E' stato effettuato l'aggiornamento dell'archivio informatico inserendo la documentazione in pdf completa di ogni singolo reclamo (reclamo, registrazione sullo sportello polifunzionale, lettera di trasmissione alla struttura interessata dal reclamo, risposta della struttura, risposta riformulata dal settore URP Tutela e chiusura sullo sportello polifunzionale) e di ogni singolo elogio (elogio, registrazione sullo sportello polifunzionale, lettera a firma della direzione generale di trasmissione dell'elogio, chiusura sullo sportello polifunzionale). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aggiornamento Carta dei Servizi WEB (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Pubblicazione degli aggiornamenti delle singole strutture sul sito aziendale
TARGET 2016		Ottimizzazione della fruizione dei contenuti, omogeneità dell'informazione divulgata con incremento della qualità del prodotto editoriale, corrispondenza tra l'erogazione del servizio e l'informazione divulgata
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro il 31/12/2016 sono state aggiornate le schede delle Strutture sanitarie (secondo un format) raccolte all'interno della carta dei servizi e rese disponibili sul sito aziendale. L'aggiornamento ha comportato la seguente attività: raccolta di informazioni su attività, orari, sedi, modalità di accesso, ecc ...dalle oltre 60 strutture interessate; omogeneizzazione dei testi e delle informazioni; revisione grafica e di impaginazione per la fruizione in formato stampabile e on line; correzione bozze e pubblicazione del materiale sul sito aziendale. il cittadino ha così a disposizione uno strumento informativo per la consultazione on line, allo stesso tempo le Strutture possono scaricare ed utilizzare il format (quello predisposto per la versione cartacea) per l'affissione nelle bacheche delle relative strutture. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Amministrativa		
		SC Legale SC Direzione Amministrativa Pou SS Servizio Ispettivo
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura, in particolare applicazione di misure sulla dematerializzazione al fine di ridurre i consumi di carta e di toner. (SC Servizio Legale)
INDICATORE		Consumato relativo a Beni non sanitari
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2016 Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Contenimento costi legali (SC Servizio Legale)
INDICATORE		Rispetto budget assegnato
TARGET 2016		Rispetto budget assegnato di cui alla deliberazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Preventivo anno 2016 per i soli incarichi esterni (autorizzazione 119/2016) € 101.868,39. Consuntivo 170.010.020 (Spese legali) anno 2016 per i soli incarichi esterni € 91.664,32. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Mantenimento % conferimenti incarichi e consulenze legali a professionisti esterni (SC Servizio Legale)
INDICATORE		% cause gestite direttamente
TARGET 2016		Mantenimento 80% cause non a valenza strategica gestite direttamente
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		L'attività è stata in linea con quella dell'anno 2015 laddove era stato gestito oltre l'80% delle cause nanti la giurisdizione ordinaria, amministrativa, penale (costituzione parte civile) ed il 100% di quelle stragiudiziali. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Documento Piano Strategico Triennale (SC Servizio Legale)
INDICATORE		Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 31/03 invio documento completo relativo alla nuova definizione giuridica/gestionale del POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Obiettivo sospeso. Le attività propedeutiche sono comunque state effettuate. Obiettivo raggiunto 😊

Strutture in Staff Direzione Amministrativa		
		SC Legale SC Direzione Amministrativa Pou SS Servizio Ispettivo
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Modifica ed integrazione Atto Aziendale subordinatamente alla stesura del nuovo impianto organizzativo ASL 3 (SC Servizio Legale)
INDICATORE		Nuovo documento rivisto e corretto
TARGET 2016		Entro 45 gg dalla definizione del nuovo assetto aziendale stesura atto con modifiche ed integrazioni previste. Monitoraggio CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La struttura ha provveduto ad aggiornare la situazione conseguente alle diverse e successive modifiche intervenute e separatamente deliberate. Tuttavia il risultante nuovo atto aziendale non risulta adottato e pubblicato. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gestione Sanzioni Amministrative Anno 2012 - Audizioni ed emissione Ordinanze Ingiunzioni (SC Servizio Legale)
INDICATORE		100% n. audizioni e 100% n. ordinanze ingiunzioni emesse
TARGET 2016		Gestione sanzioni amministrative Anno 2012
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Per quanto riguarda la gestione delle sanzioni amministrative anno 2012, trasmesse dal Comune di Genova, ad oggi la S.C. Servizio Legale ha provveduto a concludere entro il 31/12/2016, il procedimento relativo alle sanzioni amministrative afferenti ai verbali di accertamento e contestazione dell'anno 2012, sono state effettuate tutte le audizioni richieste e si e' proceduto su un totale di n. 240 verbali non ottemperati ad emettere n. 240 ordinanze ingiunzioni già notificate, ed a costituirsi in giudizio nei casi di opposizione alle stesse. Le ordinanze non assolute e divenute esecutive in quanto non opposte sono in corso d'iscrizione a ruolo. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Portale Servizi Telematici per la gestione e trasmissione atti giudiziari (SC Servizio Legale)
INDICATORE		Rispetto tempistica e % caricamento atti
TARGET 2016		Utilizzo portale con caricamento del 100% degli atti relativi al 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Nel corso dell'anno 2016 si sono utilizzati, come prescritto dalla legge, il PCT (Portale Servizi Telematici) per la giurisdizione civile ed il PAT (Processo Amministrativo Telematico) per la giurisdizione amministrativa, al fine di depositare telematicamente gli atti giudiziari, ove richiesto. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Amministrativa		
		SC Legale SC Direzione Amministrativa Pou SS Servizio Ispettivo
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Utilizzo SGP in modalità "prenotazione": assistenza nei confronti di tutti i professionisti autorizzati allo svolgimento di attività intramoenia (SC Direzione Amministrativa Pou)
INDICATORE		% di professionisti che utilizzano SGP in modalità "prenotazione"
TARGET 2016		Entro il 30/09 il 100% dei professionisti utilizzano SGP in modalità "prenotazione"
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		La procedura di prenotazione informatizzata dell'attività di intramoenia, attraverso l'utilizzo del programma SGP, è stata attivata in data 01/07/2016, a seguito di un rapporto di collaborazione tra questa Struttura e il SIA Aziendale. Tutti i professionisti autorizzati allo svolgimento di attività intramoenia, a seguito di comunicato interno sulla intranet aziendale con pubblicazione di apposita nota operativa predisposta da questa struttura, hanno ricevuto l'assistenza necessaria al fine di effettuare la prenotazione informatizzata entro il 30/09/2016, sia all'interno degli ambulatori aziendali che nei propri studi privati. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rilevazione degli spazi aziendali utilizzati per lo svolgimento di ALPI finalizzata all'installazione di POS (SC Direzione Amministrativa Pou)
INDICATORE		Evidenza Mappatura alle strutture competenti all'installazione POS
TARGET 2016		Entro il 30/06 Evidenza mappatura degli spazi aziendali utilizzati per lo svolgimento di ALPI finalizzata all'installazione di POS
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		E' stata predisposta una mappatura, inviata alla Direzione Sanitaria in data 22/06/2016 (prot. N. 47816572/ID), di tutti gli ambulatori e studi medici utilizzati per lo svolgimento di attività intramoenia, siti all'interno dell'Azienda, finalizzata all'installazione dei Pos da parte della Tesoreria aziendale. Si sono inoltre completate le procedure per l'installazione dei dispositivi POS negli studi e ambulatori siti all'interno dello S.O. Villa Scassi (circa 45) e negli studi privati autorizzati (circa 120) Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Amministrativa		
		SC Legale SC Direzione Amministrativa Pou SS Servizio Ispettivo
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attuazione dei contenuti di cui al nuovo Regolamento per lo svolgimento di ALPI (SC Direzione Amministrativa Pou)
INDICATORE		Rispetto tempistica adozione nuovo regolamento e attuazione dei contenuti del nuovo Regolamento ALPI
TARGET 2016		Entro il 30/04 Adozione del nuovo Regolamento della Libero Professione Intramuraria in applicazione della L. 189/2012 (L. Balduzzi) e nuove linee guida regionali Entro 31/12 attuazione del 100% contenuti.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		A seguito dell'approvazione del nuovo Regolamento relativo all'esercizio dell'attività Intra-Moenia, entro il 31.12.2016 sono state attuate le condizioni di esercizio ivi previste. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Entrata a regime della nuova modalità gestionale delle agende di singoli professionisti autorizzati ALPI (circa 400) (SC Direzione Amministrativa Pou)
INDICATORE		Nr agende dei professionisti autorizzati ALPI a seguito di utilizzo SGP in modalità "prenotazione" gestite con le nuove modalità
TARGET 2016		Entro il 30/09 il 100% delle agende (circa 400) sono gestite con le nuove modalità
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro il 30/09/2016 tutte le agende (circa 420) relative all'attività intramoenia sono state aggiornate e gestite con le nuove modalità' di cui alla nuova procedura di prenotazione informatizzata. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Organizzazione e gestione attività di cui ai circuiti assicurativi da parte dei dirigenti in regime di ALPI (SC Direzione Amministrativa Pou)
INDICATORE		Evidenza aggiornamento degli elenchi
TARGET 2016		Entro 30/06 Aggiornamento degli elenchi dei Dirigenti Medici - autorizzati ALPI - aderenti ai circuiti assicurativi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		In data 22/06/2016 (prot. N. 85709) e' stato inviato alle singole assicurazioni convenzionate con l'Azienda l'elenco aggiornato dei Dirigenti Medici autorizzati allo svolgimento dell'attività intramoenia, aderenti ai circuiti assicurativi. Obiettivo raggiunto 😊

Strutture in Staff Direzione Amministrativa		
		SC Legale SC Direzione Amministrativa Pou SS Servizio Ispettivo
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attività di supporto alla Commissione Paritetica con particolare riferimento ai controlli (SC Direzione Amministrativa Pou)
INDICATORE		Evidenza report
TARGET 2016		Rendicontazione semestrale dei controllo espletati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>la Commissione Paritetica per la verifica della corretta attuazione dell'attività libero professionale intramuraria e' stata istituita con delib. N. 43 del 28/01/2016 predisposta da questa struttura che ha provveduto inoltre a 1) convocare la prima seduta della Commissione in data 06/04/2016; 2) predisporre il Regolamento di Funzionamento con allegato il "piano dei controlli" da effettuarsi sull'attività intramoenia svolta dai dirigenti medici autorizzati; 3) redigere il verbale. A seguito di sorteggio di n. 10 dipendenti, effettuato in sede di trattativa sindacale, come stabilito dalla Commissione Paritetica, questa Struttura ha effettuato tutti i controlli di propria competenza previsti dal suddetto "piano dei controlli" e ha predisposto una relazione, già' condivisa con la Direzione Amministrativa, le cui risultanze saranno presentate e discusse nella prossima seduta della Commissione Paritetica. Obiettivo raggiunto 😊</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitoraggio completezza e aggiornamento formale della sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale (SC Servizio Ispettivo)
INDICATORE		Report trimestrale comprendente le segnalazioni anomalie rilevate
TARGET 2016		Entro venti giorni dalla chiusura del trimestre, invio al Responsabile della Prevenzione della Corruzione del report relativo al trimestre precedente
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		<p>Come da mail trasmessa al CCD il 1.6.2017 sono stati inviati alla responsabile della Prevenzione della Corruzione 3 report sul monitoraggio attività sito internet e 1 report finale riassuntivo delle attività di monitoraggio e delle criticità evidenziate</p> <p>Obiettivo raggiunto 😊</p>

Strutture in Staff Direzione Amministrativa		
		SC Legale SC Direzione Amministrativa Pou SS Servizio Ispettivo
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Verifica sulle presenze in servizio del personale dipendente (SC Servizio Ispettivo)
INDICATORE		Verbali di verifica della presenza del personale dipendente
TARGET 2016		Verifica della presenza del personale di almeno quattro strutture al mese, su indicazione della Commissione di sorteggio, i cui verbali vengono inviati alla S.C. Servizio Amministrazione del Personale per il seguito di competenza. Decorrenza 1 maggio 2016
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Come da mail trasmessa al CCD il 1.6.2017 sono state effettuate tutte le verifiche sul personale delle strutture estratte dalla commissione sorteggio per un totale di 35 verbali di verifica presenze e 1 verbale di controllo attività legge 104 per il periodo dal 1.5.2016 al 31.12.2016 (5 verbali/mese). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Verifica emissione ricevute su attività libero - professionale intramuraria in collaborazione con Ufficio intramoenia (SC Servizio Ispettivo)
INDICATORE		Verifica emissione ricevute su attività libero - professionale intramuraria in collaborazione con Ufficio intramoenia
TARGET 2016		Procedura di verifica di concerto con l'Ufficio intramoenia. Verbali di verifiche effettuate di concerto con Ufficio intramoenia
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Come da mail trasmessa al CCD il 1.6.2017 sono stati effettuati 5 incontri con ufficio intramoenia; è stata elaborata una procedura comune di verifica intramoenia e redatti i verbali esiti delle verifiche effettuate rispetto al campione estratto in commissione libera professione. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
		S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico SC Professioni Sanitarie
AREA		Efficienza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura (<i>tutte le SS.CC.</i>)
INDICATORE		Consumato relativo a Beni sanitari e non sanitari
TARGET 2016		Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria: Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2016. Obiettivo raggiunto ☺ SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico: lo sfioramento del budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto ☺
AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Adempimenti relativi al mantenimento certificazione (secondo norma ISO 9001) e al rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale (<i>S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria, SC Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico, SC Professioni Sanitarie</i>)
INDICATORE		Aggiornamento documentazione di sistema ai sensi della normativa cogente in materia di accreditamento e secondo norma ISO 9001
TARGET 2016		Entro 30/4 (per Strutture certificate). Entro 30/06, in conformità a quanto previsto dai requisiti per l'accreditamento istituzionale, aggiornamento della documentazione di sistema da parte dei Referenti Qualità/ Accredimento della S.C.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione SC P.P.O. : la Struttura ha provveduto nel corso del 2016 a mantenere aggiornata la documentazione delle singole strutture, in quanto era in previsione una verifica entro l'anno da parte di A.Li.Sa. La scelta di revisionare il manuale da parte dell'Agenzia ha plausibilmente determinato un ritardo rispetto a quanto prestabilito. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
		S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico SC Professioni Sanitarie
AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Azioni relative alla comunicazione istituzionale (S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria, SC Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Unico, SC Professioni Sanitarie)
INDICATORE		Aggiornamento/ implementazione specifiche sezioni sito aziendale
TARGET 2016		Entro 30/4 Verifica sezione sito dedicata e contestuale comunicazione al Settore Comunicazione (redazione Sito) da parte dei Referenti della S.C. Entro 30/10 Comunicazione di conformità del sito al Settore Comunicazione. Monitoraggio Settore Comunicazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Relazione SC P.P.O. : A tutte le strutture aziendali coinvolte a far data dal 10/3/2016 è stato inviato il format della nuova Carta dei Servizi al fine di omogeneizzare le modalità di illustrazione delle attività. Con email del 31/12/2016 il settore Comunicazione ha provveduto all'aggiornamento della carta dei Servizi di tutte le strutture supervisionate dal settore Qualità afferente alla S.C. P.P.O. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitoraggio e coordinamento attività legata all'applicazione e misurazione dei PDTA assegnati alle SSCC/SSSSDD (SC DM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Evidenza attività di supporto, di misurazione e di monitoraggio
TARGET 2016		Almeno 3 incontri effettuati con le strutture 100% PDTA sono applicati e monitorati. Invio Relazione finale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Come da mail del 15.5.2017 inviata al CCD i PDTA sono stati applicati al 100% pazienti presi in carico. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitoraggio e Gestione Audit clinico sui temi concordati con le modalità previste dal "Manuale ministeriale Audit Clinico 2011" (SC DM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Nr audit effettuati Evidenza relazione finale
TARGET 2016		100% degli audit effettuati. Al 31/12 relazione sulle modalità e i tempi di monitoraggio dei cambiamenti introdotti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Come da report UGR inviato a mezzo mail il 2.5.2017 l'attività è stata effettuata nei termini e modalità previste. Obiettivo raggiunto 😊

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
		S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico SC Professioni Sanitarie
AREA		Qualità/Accreditamento/Comunicazione
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Incremento monitoraggio su applicazione procedura "Consenso informato" (SC DM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Verifica rispetto procedura consenso informato da parte delle Strutture % schede con consenso informato correttamente compilato
TARGET 2016		Relazione semestrale controllo a campione cartelle Monitoraggio e Supporto alle strutture affinché il 100% delle cartelle abbiano il consenso correttamente compilato
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il monitoraggio su applicazione procedura "Consenso informato" ed il supporto sono stati effettuati sul 100% delle cartelle (Prot.n.49098204 del 29.9.2016, Prot.n. 50709263 del 24.1.2016, Prot.n. 50807718). Obiettivo raggiunto 😊
AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attuazione azioni previste per il 2016 nel Piano Strategico Triennale: rimodulazione e riorganizzazione sedi, attività ed offerta, personale, nuove forme di collaborazione e di integrazione con servizi territoriali, Aziende ospedaliere, Strutture accreditate (S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria, SC DM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Grado di realizzazione delle azioni
TARGET 2016		100% azioni realizzate secondo la tempistica prevista Rispondenza agli standard Direzione Strategica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		SC DM del Presidio Ospedaliero Unico Le azioni sono state svolte nelle modalità e tempi previsti. Obiettivo raggiunto 😊 S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria Nel 2016 non è stato adottato il Piano strategico triennale. E' stata effettuata l'attività di supporto alla direzione aziendale ed alle strutture coinvolte in azioni di riorganizzazione infra ed extra aziendali. Obiettivo raggiunto 😊

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
		S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico SC Professioni Sanitarie
AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza	Rimodulazione delle Strutture Semplici Aziendali (S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria)
INDICATORE		Evidenza documento
TARGET 2016		Entro 31/03 di concerto con SC OSRU, documento con rimodulazione strutture semplici aziendali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Con mail del 21.3.2016 è stata trasmessa alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa la proposta delle SS.SS.DD. E delle SS.SS. Aziendali, definita di concerto con SC OSRU. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza	Graduazione degli incarichi dirigenziali sanitari (S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria)
INDICATORE		Rimodulazione e valorizzazione incarichi dirigenziali
TARGET 2016		Entro 30/12, di concerto con SC OSRU: Valorizzazione di tutti gli incarichi dirigenziali di SC, SSD e SS, secondo la metodologia in essere; Individuazione degli inc. prof.li sanitari IAS nell' ambito della organizzazione az.le
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Entro il 31/12/2016 il processo di graduazione ha interessato tutti gli incarichi dirigenziali di SC, SSD. Per quanto riguarda le SS il processo ha riguardato 48 strutture Entro il 31/12/2016 mentre è stata necessaria una proroga per 13 strutture al 31/1/2017. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Controllo cartelle cliniche P.O.U. (S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria)
INDICATORE		% cartelle soggette a controllo
TARGET 2016		garantire il controllo di almeno il 12,5% delle cartelle
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Sono state controllate il 13% delle cartelle. Obiettivo raggiunto 😊

Strutture in Staff Direzione Sanitaria	
S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico SC Professioni Sanitarie	
AREA	
Performance/Appropriatezza	
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto
Coordinamento e supporto alle strutture al fine dell'ottimizzazione delle procedure di dimissione (SC DM del Presidio Ospedaliero Unico)	
INDICATORE	
Nr pz dimessi in giornate festive o prefestive	
TARGET 2016	
Monitoraggio e Supporto alle strutture affinché almeno il 20% delle dimissioni siano nelle giornate di sabato e domenica	
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016	
Come da note agli atti ed inviate alle strutture il monitoraggio e supporto alle strutture sono stati effettuati e le dimissioni sono state effettuate il sabato e la domenica per oltre il 20% per la maggior parte delle strutture Obiettivo raggiunto ☺	
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto
Applicazione PDTA Aziendale "BPCO" negli ambulatori infermieristici distrettuali (SC Professione Sanitarie)	
INDICATORE	
1) Nr ambulatori infermieristici che applicano il PDTA/Tot amb infermieristici. 2) Nr utenti presi in carico/Nr utenti segnalati per monitoraggio BPCO	
TARGET 2016	
1) Almeno 1 ambulatorio infermieristico per Distretto applica il PDTA entro 31 dicembre 2016. 2) Entro 30/06 applicazione PDTA al 100% pazienti presi in carico	
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016	
Come da nota n.52120156 del 28.2.2017 almeno 1 ambulatorio infermieristico per Distretto applica il PDTA entro 31 dicembre 2016. E' stato applicato il PDTA al 100% dei pazienti presi in carico. Obiettivo raggiunto ☺	
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto
Applicazione PDTA Aziendale "Insufficienza Cardiaca" negli ambulatori infermieristici distrettuali (SC Professione Sanitarie)	
INDICATORE	
1) Nr ambulatori infermieristici che applicano il PDTA/Tot amb infermieristici. 2) Nr utenti presi in carico/Nr utenti segnalati per monitoraggio ins cardiaca	
TARGET 2016	
1) Almeno 1 ambulatorio infermieristico per Distretto applica il PDTA entro 31 dicembre 2016. 2) Entro 30/06 applicazione PDTA al 100% pazienti presi in carico	
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016	
E' stato applicato il PDTA ad Almeno 1 ambulatorio infermieristico in ogni distretto entro il 31.12.2016. E' stato applicato PDTA al 100% dei pazienti presi in carico segnalati per monitoraggio di insufficienza cardiaca. Obiettivo raggiunto ☺	

Strutture in Staff Direzione Sanitaria	
S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico SC Professioni Sanitarie	
AREA	
Performance/Appropriatezza	
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto
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 (SC Professione Sanitarie)	
INDICATORE	
Evidenza del documento progettuale e del piano dei costi annesso. - Individuazione e formazione del personale del comparto dedicato. - Numero inviti a screening - Eventi formativi sugli stili di vita salutari rivolti ai lavoratori della ASL3	
TARGET 2016	
Entro 30/06 stesura progetto con definizione piano costi, specifiche del sistema informativo gestionale, strumenti di valutazione del rischio cardiovascolare e processo operativo Entro 30/09 individuazione e formazione di una equipe operativa individuata tra il personale del comparto che affianca il Medico competente. Entro 31/10 realizzazione del sistema informativo gestionale. Entro il 31 /12 implementazione del progetto con la realizzazione di almeno 50 inviti a screening e realizzazione eventi formativi sugli stili di vita salutari rivolti ai lavoratori della ASL 3	
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016	
Il progetto è stato completato sino allo step della individuazione e informazione della équipe. E' mancata la realizzazione del sistema informativo che ha bloccato lo sviluppo del progetto. Obiettivo parzialmente raggiunto ☹	
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto
Partecipare alla gestione degli audit clinici sui temi concordati con UGR e con le modalità previste dal Manuale Ministeriale "Audit Clinico" 2011 (SC Professione Sanitarie)	
INDICATORE	
Rispetto cronoprogramma Riduzione criticità evidenziate da UGR	
TARGET 2016	
Entro il 30/04 Formalizzazione dei temi con UGR Entro 31/12 risoluzione criticità evidenziate Monitoraggio UGR	
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016	
Pre audit e post audit realizzati nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto ☺	

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
		S.C. Pianificazione, programmazione ed organizzazione sanitaria SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico SC Professioni Sanitarie
AREA		Performance/Appropriatezza
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attuazione nuovo modello organizzativo della nella Sc Medicina Interna (SC Professione Sanitarie)
INDICATORE		Attuazione nuovo modello organizzativo con inserimento Case Manager. Revisione processi e documentazione clinica
TARGET 2016		Entro 30/6 Operatività nuovo modello Entro 30/9 revisione processi e documentazione con piano assistenziale integrato medici/infermieri
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		Il progetto ha visto la definizione dei percorsi di processo e sottoprocesso interni all'area medica; con l'assegnazione della responsabilità del caso (case manager medico ed infermieristico) ed il briefing quotidiano a supporto del modello. La realizzazione del progetto ha richiesto la progettazione e lo sviluppo di un percorso formativo ad hoc, oggi in itinere. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Supporto alle SS.CC. all'utilizzo delle Best Pratiche per tutte le Professioni Sanitarie (SC Professione Sanitarie)
INDICATORE		Revisione BP
TARGET 2016		Partecipazione agli incontri per singola struttura Entro 30/12 presentazione delle procedure revisionate e pubblicazione sul sito aziendale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2016		'Come da nota n.52120156 del 28.2.2017 trasmessa al CCD sono stati effettuati i seguenti incontri presso l'aula informatica WTC: 9/5 – 29/9 – 29/11 – 15/12. Sono state revisionate le seguenti Procedure Aziendali: GEN-DS-IL-consenso informato, GEN-DS-IL-contenzione, GEN-DS-IL-allontanati, GEN-DS-IL-stupefacenti. Obiettivo raggiunto ☺

Dipartimenti Ospedalieri	Cardiologia, Chirurgie, Emergenza e Accettazione, Immagini, Materno Infantile, Medicina, Patologia Clinica, Specialità Mediche, Testa Collo	
Area	Efficienza	
Obiettivo operativo Dirigenza/Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2015 (tutte le SSCC)	
Indicatore	Consumato Beni sanitari e non sanitari	
TARGET 2015	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016. Report CCD	
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2016	Note
S.C. Cardiologia/UTIC Micone e Territorio S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Chirurgia Generale S.C. Ortopedia e traumatologia S.C. Chirurgia Vascolare S.S.D. Chirurgia Toracica S.S.D. Chirurgia d'Urgenza DS Surgery Ortopedica	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	😊
S.S.D. One Day e Week Surgery	Lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività in termini di chirurgia ambulatoriale e degenziale e per l'acquisto di strumentario chirurgico per la nuova attività chirurgia della mano. Obiettivo raggiunto	😊
S.S.D. Chirurgia del Piede	Lo sfioramento del budget assegnato è dovuto: € 4.342 materiale Ortopedia erroneamente scaricati alla struttura SSD Chirurgia del piede, aumento trattamenti podologici nell'ambulatorio dedicato e conseguente aumento del consumo di materiale (silicone, tubifoam, frese, bisturi e guanti mono uso), e all'introduzione di nuova tecnica operatoria con maggior garanzia di successo per l'alluce rigido, (provata nel 2015 la protesi in silicone) 10 protesi utilizzate nel 2016, autorizzate dalla Direzione. Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Urologia	lo sfioramento del budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Medicina d'Urgenza	L'incremento sui costi è sostanzialmente legato alla maggiore appropriatezza attesa, ricercata e parzialmente raggiunta. Obiettivo parzialmente raggiunto	😐
S.C. Anestesia e Rianimazione	Lo sfioramento del budget assegnato per maggiori consumi di 304.000,00 € circa a carico dei dispositivi medici è da ripartire per una quota di 142.000 € a carico del Servizio di anestesia e rianimazione, la restante quota a carico delle chirurgie secondo una distribuzione percentuale da interventi chirurgici effettuati. L'incremento di consumo è prevalentemente legata a: - trattamenti depurativi (dialisi) legata ad una maggior gravità di pazienti ricoverati in rianimazione con più frequente insufficienza renale e shock settico - consumo di cateteri venosi centrali posizionati per reparti (PICC e MIDLINE) per introduzione di questa nuova tecnica di cateterismo venoso che comporta minori rischi e conseguenze per i pazienti. Si evidenzia anche un minor consumo di prodotti farmaceutici ed emoderivati. Obiettivo parzialmente raggiunto	😐
S.C. Centro Grandi Ustionati	Lo sfioramento del budget assegnato è dovuto: 1) con l'unione delle due S.C. in una unica Struttura (Centro Ustionati e Chirurgia Plastica) sono riuscito a ottenere un'incremento di attività notevole in tutti i settori della Chirurgia Plastica (Traumatologia, Lesioni Difficili, Chirurgia della mammella e Chirurgia Ambulatoriale); 2) l'incremento delle ricostruzioni mammarie, costante e continuo dal 2014, ha sicuramente comportato lo sfioramento della voce "Dispositivi Medici" per l'impiego di materiali protesici (Espansori e protesi mammarie, di cui si e' resa necessaria la creazione di un deposito presso il Blocco Operatorio a me afferente); 3) l'incremento delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale (circa 150%) ha consentito di convertire l'attività di ricovero ordinario inappropriata, riducendo le liste d'attesa e dei giorni di degenza. Obiettivo parzialmente raggiunto	😐
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino	Obiettivo raggiunto lo sfioramento del budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Radiologia Villa Scassi	Agli atti relazione dettagliata su sfioramento budget del Direttore SC. Obiettivo parzialmente raggiunto	😐
S.C. Medicina Nucleare S.C. Fisica Sanitaria S.S.D. Radiologia Territoriale	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	😊

Obiettivo operativo Dirigenza/Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura a fronte del mantenimento dell'attività dell'anno 2015 (tutte le SSCC)	
Indicatore	Consumato Beni sanitari e non sanitari	
TARGET 2015	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016. Report CCD	
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2016	Note
S.C. Neonatologia	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Ginecologia ed Ostetricia	Lo sfioramento del budget assegnato è dovuto principalmente al consumo di strumenti per la laparoscopia; il ricorso alla chirurgia laparoscopica ogni anno è sempre maggiore e determina sicuramente un aumento dei costi di materiali e strumenti ma riduce notevolmente i costi derivati da tempi di degenza e complicanze chirurgiche. Peraltro a seguito della nuova gara nel 2016 è stato utilizzato materiale Ethicon più caro del materiale Inova Medica utilizzato nel 2015. Relativamente al consumo di calce sodata deriva da un fraintendimento dell'ordine (confezione vs pezzo) che ha determinato un approvvigionamento ben superiore di quello necessario ma che verrà consumato (e pertanto risparmiato) nei prossimi anni. Ancora rilevante l'acquisto di PROM test (nel 2015 non disponibili nel nostro reparto) il cui utilizzo si traduce nell'azzeramento dei ricoveri "inutili" per sospetta rottura delle membrane e conseguente risparmio sui giorni di degenza. stato rispettato. Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.C. Medicina Generale Interna	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.S.D. Oncologia Ospedale Micone - Sestri	Lo sfioramento del budget assegnato è dovuto principalmente all'aumento dell'attività e all'uso di chemioterapici innovativi (agli atti relazione dettagliata del Responsabile SSD) Obiettivo raggiunto	☺
S.S.D. Oncologia Villa Scassi	Lo sfioramento del budget di circa il 10% è dovuto al consumo di farmaci ad alto costo ma in equilibrio con la produzione +10% di Dh. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Nefrologia S.C. Pneumologia S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale S.C. Reumatologia S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Anatomia Patologica	Obiettivo raggiunto lo sfioramento del budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Laboratorio Analisi	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	Lo sfioramento del budget sui diagnostici e reagenti è dovuto al cambio della strumentazione per la determinazione dei test immunoematologici. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Neurologia	Lo sfioramento rispetto al budget assegnato è dovuto al costo crescente dei farmaci biologici per la sclerosi multipla (siamo il secondo centro della Liguria per numero di pazienti seguiti). I nuovi farmaci per la SM hanno ridotto molto le ricadute e la progressione della malattia con riduzione dei ricoveri e della disabilità etc. oltre a migliorare la qualità di vita dei pazienti stessi. Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.C. Oculistica	Lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività in termini di chirurgia ambulatoriale e degenziale. Vedasi scheda Budget economico 2016. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. O.R.L.	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺

Obiettivo operativo Dirigenza	Miglioramento dell'andamento gestionale (tutte le SSSC)	
Indicatore	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)	
TARGET 2015	Mantenimento del rapporto Anno 2015. Report CCD	
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2016	Note
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano	Anno 2015= 1,11 Anno 2016= 1,13 Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Cardiologia/UTIC Micone e Territorio	Anno 2015= 0,77 Anno 2016= 0,82 Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi	Anno 2015= 1,09 Anno 2016= 1,17 Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Chirurgia Generale	Anno 2015= 1,58 Anno 2016= 1,69 Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Ortopedia e traumatologia	Anno 2015= 1,14 Anno 2016= 1,27 Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Chirurgia Vascolare	Anno 2015= 1,68 Anno 2016= 1,76 Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Urologia	Anno 2015=1,46 Anno 2016= 1,57 Obiettivo raggiunto	☺
S.S.D. Day e Week Surgery	Anno 2015= 1,58 Anno 2016= 1,79* * valore della produzione in Drg rideterminato per la soppressione di linea di attività di chirurgia plastica nel 2016 Obiettivo Raggiunto	☺
S.S.D. Chirurgia Toracica	Anno 2015= 2,15 Anno 2016= 2,16 Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Anestesia e Rianimazione	Anno 2015= 0,20 Anno 2016= 0,20* *in considerazione dell'attività all'interno del Dip Emergenza. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica	Anno 2015 = C Ust 0,97 Chirurgia Plastica 1,30 Anno 2016= C Ust 0,59* Chirurgia Plastica 1,62 *per Centro Ustioni obiettivo raggiunto in considerazione dell'attività all'interno del Dip Emergenza Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Medicina d'Urgenza	Anno 2015= 0,70 Anno 2016= 0,76 Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Radiologia Villa Scassi	Anno 2015= 0,74 Anno 2016= 0,78 Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino	Anno 2015= 0,84 Anno 2016= 0,90 Obiettivo raggiunto	☺
S.S.D. Radiologia Territorio	Anno 2015= 0,93 Anno 2016= 0,94 Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Neonatologia	Anno 2015= 0,38 Anno 2016= 0,39 Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Ginecologia ed Ostetricia	Anno 2015= 1,24 Anno 2016= 1,09 Obiettivo parzialmente Raggiunto	☹
S.C. Medicina Interna	Anno 2015 Gallino/Colletta 1,10 Micone 1,27 Villa Scassi 0,92 Anno 2016 Gallino/Colletta 0,98 Micone 1,40 Villa Scassi 0,94 Obiettivo Raggiunto	☺
S.S.D. Oncologia Ospedale Micone - Sestri	Anno 2015= 0,78 Anno 2016= 0,70 Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.S.D. Oncologia Villa Scassi	Anno 2015= 0,78 Anno 2016= 0,60 Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.C. Laboratorio Analisi	Anno 2015= 1,99 Anno 2016= 2,03 Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Anatomia Patologica	Anno 2015= 0,74 Anno 2016= 0,88 Obiettivo Raggiunto	☺

S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	Anno 2015= 0,73 Anno 2016= 0,80	Obiettivo Raggiunto	☺
Obiettivo operativo Dirigenza	Miglioramento dell'andamento gestionale (tutte le SSCC)		
Indicatore	Rapporto Ricavi/Costi Diretti (personale e beni)		
TARGET 2015	Mantenimento del rapporto Anno 2015. Report CCD		
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2016		Note
S.C. Nefrologia	Anno 2015= 0,85 Anno 2016= 1,01	Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Pneumologia	Anno 2015= 1,04 Anno 2016= 1,19	Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale	Anno 2015= 0,34 Anno 2016= 0,43	Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Reumatologia	Anno 2015= 0,27 Anno 2016= 0,33	Obiettivo Raggiunto	☺
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche	Anno 2015= 0,43 Anno 2016= 0,50	Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. Neurologia	Anno 2015= 0,85 Anno 2016= 0,77* * l'obiettivo si intende raggiunto: nei mesi di agosto e settembre è avvenuto l'accorpamento delle due strutture di neurologia presso Villa Scassi con la disattivazione dei pp.II. presso il Micone e conseguente perdita di valore della produzione. Obiettivo raggiunto		☺
S.C. Oculistica	Anno 2015= 0,93 Anno 2016= 0,99	Obiettivo Raggiunto	☺
S.C. O.R.L.	Anno 2015= 0,86 Anno 2016= 0,98	Obiettivo Raggiunto	☺

Dipartimenti territoriali	Cure Primarie e Attività Distrettuali, Attività Farmaceutiche, Prevenzione, Salute Mentale e dipendenze	
Area	Efficienza	
Obiettivo operativo Dirigenza/Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura	
Indicatore	Consumato relativo a Beni sanitari e non sanitari	
TARGET 2015	Vedi scheda allegata denominata Budget Economico 2016 CCD	Report
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2016	Note
S.C. Distretto Socio Sanitario 8 - Ponente S.C. Distretto Socio Sanitario 9 - Medio Ponente S.C. Distretto 10 Valpolcevera e Valle Scrivia S.C. Cure Primarie S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario S.S.D. Cure Palliative	il budget assegnato è stato rispettato. Vedasi scheda Budget economico 2016. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Distretto 11 Centro	Vedasi scheda Budget economico 2016 con riassunto relazione Direttore SC. Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia	Lo sfioramento del budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Distretto 13 Levante	Lo maggior dello sfioramento € 131.470 è dato dalla voce materiale per la profilassi (vaccini). Per importo di € 44.883 vedasi breve relazione Direttore S.C. su budget economico 2016. Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.C. Assistenza Consultoriale	Lo maggior dello sfioramento € 65.970 è dato dalla voce materiale per la profilassi (vaccini). Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.C. Igiene e Sanità Pubblica	Lo sfioramento di € 1.052.440 è dato dalla voce materiale per la profilassi (vaccini). In particolare dal vaccino Meningococcico. L'obiettivo è da ritenersi raggiunto.	☺
S.C. Igiene Alimenti S.C. Igiene Alimenti di Origine Animale S.C. Sanità Animale S.C. Medicina Legale S.S.D. Popolazione a rischio	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.)	Vedasi scheda Budget economico 2016 e relazione Direttore SC. agli atti. Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione	Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.C. Salute Mentale Distretto 8 S.C. Salute Mentale Distretto 9 S.C. Salute Mentale Distretto 11 - SPDC Galliera S.C. Salute Mentale Distretto 12 S.C. Salute Mentale Distretto 13 S.C. SPDC AO IST San Martino S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Salute Mentale Distretto 10 - SPDC Villa Scassi	Relazione Direttore DSMD: Lo sfioramento del budget economico risulta correlato a problemi di registrazione nella consegna diretta di farmaci Antipsicotici di II generazione. Tali problemi di natura tecnica sono in via di risoluzione. Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale	Il budget economico è stato sfiorato di € 77,06. Obiettivo parzialmente raggiunto	☹
S.C. Sert	Relazione Direttore S.C.: Si sono rilevate criticità per un incremento di spesa dovuta in gran parte all'aumento di costo unitario del farmaco Buprenorfina da 8 mg (circa 74.000 euro) e per un aumento del consumo di Metadone cloridrato dovuto sia al crescere delle problematiche sociali presenti nei territori sia all'immediata evacuazione della sede di via Sampierdarena che ha causato criticità nei distretti 9 e 10, e ha inciso sulla possibilità di garantire il supporto relazionale atto ad incoraggiare verso le disintossicazioni. Obiettivo parzialmente raggiunto	☹

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015
Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Cardiologia/UTIC Micone e Territorio							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/9/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	6,57	6,39	Mantenimento	5	6,76	3,75	☹️
Peso Medio	1,4	1,4	Mantenimento	5	1,4	5,00	😊
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	Drg LEA 2,77% (15/542)	Drg LEA 2,16% (8/371)	Mantenimento	5	Drg LEA 0% (0/498)	5,00	😊
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	7,61% (22/289)	8,29% (16/193)	Mantenimento	2,5	8,88% (23/259)	1,88	☹️
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	2,36% (6/254)	0,62% (1/162)	Mantenimento	2,5	2,52% (6/238)	1,88	☹️
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	5,82% (29/498)	6,69% (23/344)	<=4,30%	5	3,74% (17/455)	5,00	😊
Appropriatezza attività ambulatoriale della struttura	Nr 49.798 prest	Nr 47.733 prest	<ul style="list-style-type: none"> • incrementare il numero di agende per visite cardiologiche con priorità di accesso B e di agende "prenotate dal servizio" • attribuire alle sedi di Specialistica Cardiologica Ambulatoriale le visite con priorità di accesso D e P, dando alle visite con priorità D una tempistica di 30 minuti • ridurre il numero globale di prestazioni cardiologiche ambulatoriali prenotabili in agenda CUP a favore di un contestuale incremento delle prestazioni relative al PDTA scompenso cardiaco e al completamento dell'iter diagnostico di pazienti giunti a visita cardiologica con priorità B 	5	<p>Obiettivo parzialmente raggiunto. Agli atti accordo Aziendale per estensione a Specialisti Cardiologi Convenzionati Interni degli Accessi Prioritari secondo Priorità Clinica. Procedura immediatamente operativa con attivazione CUP per invio dei pazienti a in oggetto è già entrata in fase operativa; deve pertanto ritenersi già raggiunto anche il conseguente obiettivo relativo all'attivazione CUP per invio dei pazienti previsto dalla scheda di budget 2016 Nr prestazioni Anno 2016= 44.775 si evidenzia una riduzione delle prestazioni complessive</p>	3,75	☹️
Totale punti						26,25	

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015
Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/9/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	18,78	15,24	15	15	13,97*	15,00	😊
Tasso di occupazione posti letto	95,9	95,63	Mantenimento 95%	15	81,96	-	😞
Totale punti						15,00	

S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	6,47	5,78	Mantenimento	5	5,93	5,00	😊
Peso Medio	1,83	1,81	Mantenimento	5	1,83	5,00	😊
Appropriatezza erogativa: rispetto delle soglie massime di erogazione in regime di ricovero ordinario delle prestazioni relative ai 108 Drg LEA - Patto per la Salute Anno 2013	LEA 0,74% (5/675)	1,03% (6/584)	Mantenimento soglia <5%	5	LEA 0% (0/730)	5,00	😊
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	16,40% (41/250)	19,34% (41/212)	<15,5	5	14,40% (37/257)	5,00	😊
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	4,39% (9/205)	2,40% (4/167)	Mantenimento soglia <4%	5	5,54% (11/201)	3,75	😐
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC	2,22% (14/630)	4,36% (24/550)	Mantenimento soglia <4,5%	5	6,03% (41/680)	-	😞
Totale punti						23,75	

S.C. Chirurgia Generale							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	6,72	7,24	6,00	5	7,67	3,75	😐
Peso Medio	1,46	1,57	Mantenimento	-	1,62	-	😊
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	0,38	0,68	Mantenimento	-	0,64	-	😊
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	75%	24%	Obt reg <= 17%	5	22,49% (213/947)*	5,00	😊
Indicatore C4.4: % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	1,32 (4/304)	40,36% (90/223)	Soglia minima Decreto 70/2015=70%	5	39,63% (107/270)	3,75	😐
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	3,11% (36/1159)	3,72% (32/861)	Mantenimento standard <=4,30%	-	4,03% (46/1142)	-	😊
Indicatore C5.10 % resezioni programmate al colon in laparoscopia	82,43% (61/74)	92,59% (50/54)	Mantenimento	-	89,47% (70/78)	-	😊
Indicatore C14.3 % ricoveri ordinari medici brevi	19,93% (57/286)	18,22% (39/214)	Obt reg 2015= 18%	5	15,23% (39/256)	5,00	😊
Totale punti						17,50	

* in considerazione dei casi di area medica ricoverati da PS

S.S.D. Day e Week Surgery							
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Tasso di Occupazione	Day Surgery = 125%	Day Surgery = 122,97%	=100%	2,5	Day Surgery = 115,96%	1,88	☹️
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	3% WS 1% DS	2% WS 0% DS	0%	2,5	1,42% WS 0% DS	2,50	😊
Indicatore C4.4: % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	15,28% (11/72)	54,35% (25/46)	mantenimento >=40%	5	79,38% (77/97)	5,00	😊
Trasferimento in regime ambulatoriale DRG 160 e DRG 162 (prestazioni ad alto rischio inappropriatezza Dgr1222/2011)	17 interventi in regime di ricovero ordinario 249 interventi in regime di ricovero diurno 221 interventi in regime ambulatoriale = 46% sul totale casi	12 interventi in regime di ricovero ordinario 151 interventi in regime di ricovero diurno 213 interventi in regime ambulatoriale = 57% sul totale casi	almeno il 60% degli interventi effettuati in regime di ricovero deve essere effettuato in regime ambulatoriale	20	17 interventi in regime di ricovero ordinario 210 interventi in regime di ricovero diurno 391 interventi in regime ambulatoriale = 63,27% sul totale casi	20,00	😊
Totale punti						29,38	

S.C. Ortopedia e traumatologia

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	12,87	12,39	11	5	12,23	3,75	☹️
Peso Medio	1,45	1,54	mantenimento	-	1,43	0	😊
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	2,32	2,07	Obt Regionale <= 1	5	1,65	3,75	☹️
Indicatore C5.1 % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	2,35% (21/895)	1,55% (10/647)	mantenimento <5,50%	-	1,90% (17/897)	0	😊
Indicatore C5.2 % fratture femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	25,71% (81/315)	61,13% (151/247)	mantenimento	5	52,59% (132/251)	3,75	☹️
Indicatore C5.12 Percentuale di fratture del femore operate su quelle diagnosticate	92,92% (315/339)	96,48 (247/256)	mantenimento	-	93,31% (251/269)	-	☹️
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi	19,88% (34/171)	21,88% (21/96)	0,1505	5	20,71% (29/140)	3,75	☹️
Totale punti						15,00	

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.S.D. Chirurgia del Piede							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	0,85	0,98	mantenimento	-	1,07	-	😊
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	12,96% ric ord 1,87% day surgery	7,58% ric ord 4,65% day surgery	Mantenimento*	10	0% ric ord 5,26% day surgery	10,00	😊
Drg 225 - Riconversione % attività ordinaria in attività diurna (DS)	Ordinario (104 casi)=49% One Day Surgery(64 casi)=30% Day Surgery (32 casi)=15%	Ordinario (47 casi)=42% One Day Surgery(34 casi)=30% Day Surgery (29 casi)=26%	67% dei casi in regime diurno	20	Ordinario (81 casi)=30% One Day Surgery(126 casi)=47% Day Surgery (48 casi)=18% Day Hospital(12 casi) = 4%	20,00	😊
Totale punti						30,00	

Indicatore regionale <= 17%

S.S.D. Chirurgia d'Urgenza							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	621%	5,96	mantenimento	5	5,36	5,00	😊
Peso Medio	198%	1,95	mantenimento	5	2	5,00	😊
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	100%	0 su ric programmati - 0,28 su ric urgenti	mantenimento	0	0,27	-	😊
Indicatore C5.11: % Appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	13,79% (4/29)	54,17% (13/24)	Valore atteso almeno 80%	20	47,37% (9/19)*	15,00	😐
Totale punti						25,00	

* la casistica non trattata con metodica videolaparoscopica richiedeva un approccio chirurgico diverso per il tipo di patologia; in alcuni casi si sono verificati problemi che hanno reso impossibile l'utilizzo delle apparecchiature

S.S.D. Chirurgia Toracica							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	8,54	10,21	9,16	5	9,70	3,75	😐
Peso Medio	2,16	2,08	Mantenimento	0	2,25	-	😊
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,69	2,23	1 giorno regionale	5	1,28	-	😐
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	11%	18,44% (33/179)	<15%	10	7,69% (20/260)	10,00	😊
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	7,08% (17/240)	7,10% (12/169)	<5,50%	10	3,66% (9/246)	10,00	😊
Totale punti						23,75	

S.C. Chirurgia Vascolare

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	9,16	8,33	mantenimento	-	7,17	-	😊
Peso Medio	1,98	2,01	mantenimento	-	1,94	-	😊
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,81	2,00	<1 giorno	5	1,36	3,75	😐
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	12,07% (49/406)	14,94% (49/328)	Mantenimento <15%	-	12,06% (52/431)	-	😊
Dgr 1746/2014 : trasferimento in regime ambulatoriale - cod. intervento 38.59 - casistica afferente il Drg 119	Drg 119 =3 casi Prestazioni ex Pac Chir = 0	Drg 119 =46 casi Prestazioni ex Pac chir cod 38.59 = 0	trasferimento in regime ambulatoriale di almeno il 50% degli interventi effettuati in regime di ricovero nell'anno 2015	15	Drg 119= 56 casi di cui 3 ord - 8 ods - 45 dh Prest amb chir cod 38.59= 19	-	😞
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	7,03% (37/384)	13,27% (41/309)	Obt regionale <=5,50%	10	9,11% (37/406)	7,50	😐
Totale punti						11,25	

S.C. Urologia

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	7,50	6,78	Mantenimento	-	7,10	-	😐
Peso Medio	1,15	0,99	1,25	5	0,97	3,75	😐
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	0,8	1,12	Obt regionale = 1 g	5	1,29	3,75	😐
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	36,08% (219/607) ord 78,41% (69/88) dh	35,66% (174/488) ord 33,85% (22/65) dh	<14%	5	38,41%(285/742) ord 29,87% (92/308) diurno*	5,00	😊
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	4,27% (25/586)	4,28% (20/467)	Mantenimento <=5,50%	-	5,36% (38/709)	-	😊
Indicatore C5.3: % prostatectomie transuretrali	64% (38/59)	68,18% (15/22)	mediana S.Anna Anno 2013=>78% Indicatori MES 2015 = >85%	15	55,07% (38/69)	11,25	😐
Totale punti						23,75	

* in considerazione dei casi di area medica ricoverati da PS

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica - Chirurgia Plastica							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	10,13	8,61	Mantenimento	2,5	8,91	1,88	☹️
Peso Medio	1,22	1,32	Mantenimento	2,5	1,35	2,50	😊
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	38,04% (70/184)	31,72% (46/145)	LEA <=5%	5	LEA 57,63% (nr 59 casi a rischio inappr di cui 34 inappropriati)*	3,75	☹️
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	159%	108%	<=1	5	1,07	5,00	😊
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	3,83% (7/183)ord 7,32% (21/2878)dh	0,72% (1/139)ord 8,02% (15/187)dh	Mantenimento soglia <14%	2,5	3,08% (6/195) ord 9,63% (29/301) dh/ds	2,50	😊
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	37,50% (3/8)	100% (1/1) non rilevante	<15,05%	2,5	N.V. (8 ricoveri ord medici di cui 4 con degenza <=2)	2,50	😊
Totale punti						18,13	

S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica - Centro Grandi Ustionati							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Tasso di occupazione posti letto	61,23 intensiva 79,32 subintensiva	62,73 intensiva 81,36 subintensiva*	Mantenimento		65,61 intensiva 60,76 subintensiva		
Peso medio	5,36 intensiva 3,68 subintensiva	5,33 intensiva 3,65 subintensiva	Mantenimento	5	5,03 intensiva 2,55 subintensiva	3,75	☹️
Degenza media	23,2 intensiva 18,15 subintensiva*	16,86 intensiva 19,95 subintensiva*	Mantenimento	5	15,02 intensiva 12,64 subintensiva	5,00	😊
Totale punti						8,75	

*indicatori calcolati sulle gg di degenza effettive fornite da Uff Flussi

S.C. Medicina d'Urgenza							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Tasso di occupazione posti letto	95,22	97,32	Mantenimento	-	98,80	-	😊
Peso medio	1,12	1,1	Mantenimento	-	1,1	-	😊
Degenza media	12,21	13,54	5	15	DM Anno 2016= 8,17 (calcolate sulle gg deg effettive)*	11,25	☹️
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= 12,96%(84/648) BC=3,39% (22/649)	LEA= 15,20%(64/421) BC=6,65% (28/421)	LEA 5%	5	LEA 0% (nr 78 casi a rischio inappr di cui 0 inappropriati)	5,00	😊
Totale punti						16,25	

*indicatori calcolati sulle gg di degenza effettive fornite da Uff Flussi

S.S.D. Pronto Soccorso Villa Scassi/Sestri e Osservazione Breve Intensiva

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Riduzione ricoveri a rischio inappropriatezza in pazienti accettati da PS	Sestri LEA 17,71% Vscassi LEA 12,72%	Sestri LEA 18,24% Vscassi LEA 13,83%	Sestri LEA 14% Vscassi LEA 12%	5	Sestri LEA 15,04% Villa Scassi LEA 12,36%	5,00	😊
Nr ricoveri su nr accessi PS	6,05% Sestri - 8,96% Villa Scassi	5,58% Sestri - 8,92% Villa Scassi	Mantenimento	2,5	4,15% Sestri 15,24% Villa Scassi	1,88	😐
Indicatore C16.1: % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	97,13 Sestri 53,16 Villa Scassi	97,51 Sestri 46,29 Villa Scassi	standard >65% mantenimento Sestri > 65% Villa Scassi	5	97,38% Sestri 40,50% Villa Scassi	3,75	😐
Indicatore C16.2: % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	99,29 Sestri 75,68 Villa Scassi	97,32 Sestri 74,39 Villa Scassi	standard > 74% mantenimento Sestri mantenimento Villa Scassi		97,60% Sestri 47,80% Villa Scassi		
Indicatore C16.3: % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	99,93 Sestri 97,92 Villa Scassi	97,93 Sestri 76,26 Villa Scassi	standard > 82 % mantenimento Sestri incremento Villa Scassi		96,61% Sestri 57,24% Villa Scassi		
Indicatore C16.4: % pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	100 Sestri 99,93 Villa Scassi	97,91 Sestri 95,55 Villa Scassi	standard >95% mantenimento Sestri mantenimento Villa Scassi		97,29% Sestri 91,37% Villa Scassi		
Indicatore D9 Abbandoni da Pronto Soccorso	3 Sestri 5,2 Villa Scassi	0,88 Sestri 5,48 Villa Scassi	standard <3% mantenimento Sestri <5% Villa Scassi	2,5	2,14% Sestri 8,38% Villa Scassi	1,88	😐
Miglioramento appropriatezza nell'assegnazione codici triage in confronto con dati SIMEU relativamente ai codici gialli	Sestri = 78% Villa Scassi = 67%	Sestri = 80% Villa Scassi= 84%	90%	5	Relazione Dir POU - dati agli atti P.A. Micone 86% V. Scassi 71%	3,75	😐
Totale punti						16,25	

*indicatori calcolati sulle gg di degenza effettive fornite da Uff Flussi

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Neonatologia							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media (Neonatologia)	2,85	2,93	2,7	5	2,75	5,00	😊
Indicatore C14.2.2: % ricoveri pediatrici in DH medico con finalita' diagnostica (Pediatria)	97,96% (48/49)	98,80% (82/83)	<95,5%	5	57,89% (33/57)	5,00	😊
Indicatore C14.3.2: % di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (Neonatologia e Patologia Neonatale)	gennsett 2014 Nido = 26,92% (28/104) Patologia neonatale= 30% (6/20)	Nido = 12,50% (7/56) Patologia neonatale= 21,74% (5/23)	Mantenimento	-	Nido = 30,43% (21/69) Patologia neonatale= 30,61% (15/49)*	-	😞
Neonati sani : % su totale dimessi da Neonatologia e Patologia Neonatale*	Anno 2014 Media SC =81% Neonatologia= 83% Patologia Neonatale=64% Obiettivo Non Raggiunto	Media SC= 84,4% 'Nido=87 % Patologia Neonatale=47%	>= 92%	20	Media SC= 83,96% 'Nido=90,2% Patologia Neonatale=27,6%	15,00	😐
Totale punti						25,00	

S.C. Ginecologia ed Ostetricia							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	2,29	2,75	2,4	2,5	2,75	2,50	😊
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 Drg 369 e Drg 381*	Drg 369 casi ric ord=24 Drg 381 casi ric ord=141	Drg 369 casi ric ord=34 Drg 381 casi ric ord=92	Drg 369 casi ric ord=11 Drg 381 casi ric ord=17	10	Drg 369 casi ric ord=46 di cui a rischio inappr nr 0 casi Drg 381 casi ric ord= 101 di cui 0 a rischio inappr	10,00	😊
Indicatore C7.1 % parti cesarei depurati (NTSV)	32,67% (131/401)	42% (150/353)	<=25%	10	35,85% (128/357)	-	😞
Indicatore C7.2 % parti indotti	14,23 % (111 su 780)	11,19 % (63 su 563)	0,095	5	12,38% (56/452)	-	😞
Indicatore C7.3 % episiotomie depurate (NTSV)	12,3% (25/203)	14,53% (17/117)	mantenimento	2,5	8,4% (19/226)	2,50	😊
Totale punti						15,00	

*Drg 369 = Disturbi mestruali; Drg 381 = Aborto - Dilataz/raschiamento aspirazione

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Medicina Interna Gallino							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	11,61	12,09	10	10	15,06	-	☹
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 15,88% (128/806)	LEA 16,35% (94/575)	LEA = 5% (in considerazione dell'attivazione del progetto di chronic care model in tema di BPCO)	10	1,12	10,00	☺
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	1,60% (11/687)	3,17% (15/473)	Mantenimento soglia <15,5%	0	0,41% (2/483)	-	☺
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	4,44% (28/631)	6,78% (31/457)	Soglia <4%	10	13,21% (65/492)	-	☹
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	3,83% (23/678)	4,38% (20/457)	Mantenimento soglia <4,5%	0	4,50% (23/511)	-	☺
Nr Drg BPCO	12 casi	6 casi	Mantenimento	0	1 caso	-	☺
Totale punti						10,00	

S.C. Medicina Interna Micone							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	11,18	11,84	10	10	11,01	7,50	☹
Peso Medio	1,08	1,06	Mantenimento	0	1,05	-	☺
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 20,63%(164/795)	LEA 21,34% (115/539)	LEA = 5% (in considerazione dell'attivazione del progetto di chronic care model in tema di BPCO)	5	LEA 0% (nr 132 casi a rischio inappr di cui 0 inappropriati)	5,00	☺
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	4,11% (28/682)	2,56% (12/468)	Mantenimento soglia <15,5%	0	2,88% (19/659)	-	☺
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	8,18% (55/672)	9% (43/478)	Soglia <4%	5	6,99% (45/644)	5,00	☺
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	4,77% (36/755)	6,26% (32/511)	Soglia <4,5%	5	3,67% (26/709)	5,00	☺
Nr DRG BPCO	27 casi	24 casi	15 casi	5	20 casi	5,00	☺
Totale punti						27,50	

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015
 Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Medicina Interna Villa Scassi							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media reale*	12,3	11,46	10	10	13,24	-	☹
Peso Medio	1,08	1,08	Mantenimento	0	1,10	-	☺
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 17,67% (305/1726)	LEA 13,81% (182/1308)	zione del progetto di c	10	LEA 2,26% (nr 133 casi a rischio inappr di cui 3 inappropriati)	10,00	☺
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	1,16% (16/1374)	1,37% (12/878)	Mantenimento soglia <15,5%	0	1,09% (13/1191)	-	☺
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	15,28% (227/1486)	16,17% (158/977)	Soglia <4%	5	22,16% (295/1331)	-	☹
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	3,59% (57/1587)	2,97% (32/1076)	Mantenimento soglia <4,5%	0	3,87% (56/1448)	-	☺
Nr DRG BPCO	72 casi	24 casi	15 casi	5	11 casi	5,00	☺
Totale punti						15,00	

La degenza media è stata calcolata sulla base del numero dei pazienti effettivamente transitati in reparto

S.S.D. Oncologia Ospedale Micone - Sestri							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Appropriatezza codifica DSA : Nr DSA Terapeutici/Nr DSA Totali	DSA Diagn =239 Terap=106 pari al 30,72%	DSA Diagn =123 Terap=2 pari al 2%*	Almeno il 60% DSA Terapeutici	15	DSA Diagn =53 Terap=38 pari al 41,76%*	7,50	☹
Indicatore C14.2: % ricoveri in Dh medico con finalità diagnostiche	Attivato dh solo nel secondo semestre 2014 Effettuati nr 24 ricoveri in regime dh di cui dh diagnostico 0	4,93% (7/142)	Mantenimento <18%	5	8,85% (30/339)	10,00	☺
Totale punti						17,50	

*Attività trasferita prevalentemente in dh

S.S.D. Oncologia Ospedale Villa Scassi							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Appropriatezza codifica DSA : Nr DSA Terapeutici/Nr DSA Totali	DSA Diagn =297 Terap=224 pari al 42,99%	DSA Diagn = 6 Terap= 9 pari al 60%*	Almeno il 90% DSA Terapeutici	15	DSA Diagn =3 Terap= 17 pari all'85%*	11,25	☹
Indicatore C14.2: % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	Effettuati nr 29 ricoveri in regime dh di cui dh diagnostico 0	0% (0/164)	Mantenimento	5	17,56% (36/205)	5,00	☺
Totale punti						16,25	

*Attività trasferita prevalentemente in dh

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015
Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Nefrologia

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	13,38	14,1	13,38	5	17,49*	5,00	😊
Peso Medio	1,25	1,23	Mantenimento	2,5	1,28	2,50	😊
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	14,06% (35/249)	10,58% (20/189)	Mantenimento	2,5	12,05% (30/249)	2,50	😊
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	12,34% (29/235)	16,11% (29/180)	<=4% Obt reg	10	12,78% (29/227)	10,00	😊
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	9,09% (29/319)	8,02% (19/237)	<=5,50% Obt reg	10	11,78% (39/331)	7,50	😐
Totale punti						27,50	

* relazione Direttore f.f. SC

S.C. Pneumologia

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media Villa Scassi	12,23	12,96	Mantenimento	-	12,69	-	😊
Degenza Media Colletta	12,02	12,31*	11	5	15,05*	3,75	😐
Indicatore C14.2: % ricoveri in Dh medico con finalità diagnostiche	94,49% (240/254)	99,07% (214/216)	<=18%	5	98,96% (285/288)	-	😞
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	8,37% (48/573)	6,84% (25/365)	Mantenimento soglia <15,5%	-	5,43% (24/442)	-	😊
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	7,08% (31/438)	9,76% (32/328)	<=4%	5	5,98% (22/368)	5,00	😊
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	8,93% (62/694)	10,15% (48/473)	<=4,5%	5	9,40% (56/596)	3,75	😐
Nr DRG BPCO	34 casi	21 casi	10 casi nell'anno	5	13 casi**	5,00	😊
Indicatore C5.8: % ricoveri per pazienti con insufficienza respiratoria sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva	88,04 (81/92)	89,71% (61/68)	Mantenimento >33%	5	93,90% (77/82)	5,00	😊
Totale punti						22,50	

* degenza media calcolata sulle reali gg degenza

* in considerazione della vocazione riabilitativa del reparto

**in considerazione della complessità dei casi

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015
Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Tasso di Occupazione	0,9488	0,9542	Mantenimento	5	0,91	3,75	☹️
Degenza Media Reparto cod 56	D.M. di reparto = 27,69 gg; D.M per protesica elettiva= 22 gg; D.M. per frattura di femore = 38 gg; D.M. ictus =52 gg; D.M. altro (neurologici, mielopatie) = n.d.	D.M. di reparto = 25,03 gg; D.M per protesica elettiva= 20 gg; D.M. per frattura di femore = gg; D.M. ictus =43 gg; D.M. altro (neurologici, mielopatie) =15 gg	D.M. di reparto = 25 gg; D.M per protesica elettiva=15gg; D.M. per frattura femore=27gg; D.M. ictus =42 gg; D.M.altro (neurol,mielop) =45 gg	20	D.M. di reparto = 27 gg; D.M per protesica elettiva= 19 gg; D.M. per frattura di femore = 34 gg; D.M. ictus emorragico=58 gg D.M. altro (neurologici, mielopatie) = 15 gg	15,00	☹️
Degenza Media Reparto cod 75	36,23	35,5	Mantenimento	5	33,89	5,00	😊
Totale punti						23,75	

S.C. Neurologia							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	7,66 Micone 10,36 Villa Scassi (Deg+Centro Ictus)	9,39 Micone 9,58 Villa Scassi (Deg+Centro Ictus)	9 gg	10	8,47 Micone 9,39 Villa Scassi (Deg+Centro Ictus)	10,00	😊
Peso Medio	0,92 Micone 1,16 Villa Scassi (Deg+Centro Ictus)	0,99 Micone 1,18 Villa Scassi (Deg+Centro Ictus)	Mantenimento	-	0,96 Micone 1,18 Villa Scassi (Deg+Centro Ictus)*	-	😊
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	Drg 564 (Cefalea età >17 anni) - nr 68 Micone - nr 5 Villa Scassi	Drg 564 (Cefalea età >17 anni) - nr 18 Micone - nr 7 Villa Scassi	max 15 casi totali	5	Drg 564 (Cefalea età >17 anni) - nr 14 Micone - nr 9 Villa Scassi di cui solo 2 casi inappropriati	5,00	😊
Indicatore C14.2: % ricoveri in DH medico con finalita' diagnostica	64,04% (146/228) Micone	60,87% (14/23) Micone	<=18%	10	11,84% (9/76) Micone	10,00	😊
Indicatore C14.4: % ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	2,16% (9/416) Micone 4,34% (17/392) Villa Scassi	5,70%(17/298)Micone 3,47% (10/288)Villa Scassi	<=4%	2,5	5,93%(15/253)Micone 4,92% (24/488)Villa Scassi	1,88	☹️
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	1,95% (13/668) Micone 4,15% (20/482) Villa Scassi	1,84% (8/434) Micone 2,22% (8/360) Villa Scassi	Mantenimento <=4,5%	2,5	3,79%(14/369) Micone 2,19%(12/548) Villa Scassi	2,50	😊
Totale punti						29,38	

* da settembre 2016 Neurologia unica a Villa Scassi

Obiettivo operativo: Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2015

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Oculistica

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	0,91	0	mantenimento	-	0,00	-	😊
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	0,62% (3/481)	0,27% (1/372)	mantenimento	-	0,51% (3/588)	-	😊
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	Drg 036 (Interventi sulla retina...) - nr 44 casi Drg 039 (interv. Cristallino) nr. 61 casi Drg 042 (interv. Strutt. Intraoculari) nr 168 casi	Drg 036 (Interventi sulla retina...) - nr 17 casi Drg 039 (interv. Cristallino) nr. 22 casi Drg 042 (interv. Strutt. Intraoculari) nr 62 casi	Mantenimento rapporto ordinario/DH Anno 2015	20	Drg 036 (Interventi sulla retina...) - nr 0 casi (0% su tot casi) Drg 039 (interv. Cristallino) nr. 1 casi su tot 2 casi Drg 042 (interv. Strutt. Intraoculari) nr. 2 casi su tot 3 casi*	20,00	😊
Indicatore C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery	2,37% (5/211)	43,15% (63/146)	Miglioramento =>60%	10	79,10% (193/244)	10,00	😊
Totale punti						30,00	

*monitoraggio effettuato sulla base delle specifiche tecniche indicate da ARS Liguria

S.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2014	Monitoraggio al 30/09/2015	Obiettivo Atteso Anno 2016	Punti	Risultati raggiunti Anno 2016	Punti Consuntivo	
Degenza Media	3,91	5,03	Valori Anno 2015	5	4,36	5,00	😊
Peso Medio	0,99	1,08	1,08	5	1,05	5,00	😊
DGR 1222/2011 Appropriatezza erogativa: trasferimento in regime ambulatoriale Drg a rischio inapproprietezza*	Ric ord: 21 casi Drg 055 66 casi Drg 059 21 casi Drg 060	Ric ord: 18 casi Drg 055 2 casi Drg 059 1 casi Drg 060	Ric ord: 9 casi per Drg 055 1 caso per Drg 059 mantenimento casi per Drg 060	5	Ric ord: 31 casi Drg 055 1 caso Drg 059 casi Drg 060	3,75	😊
Indicatore C3: Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	0,77	0,67	Mantenimento	5	0,73	5,00	😊
Indicatore C4.1: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici	12,07% (120/994)	15,97% (100/626)	Mantenimento <=17	2,5	14,77% (135/914)	2,50	😊
Indicatore C5.1: % ricoveri ripetuti entro 30 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale	1,20% (7/583)	1,72% (5/290)	Mantenimento soglia <4,5%	2,5	1,44% (6/416)	2,50	😊
Indicatore C14.3: % ricoveri ordinari medici brevi (DRG Medici con degenza <= 2 gg.)	29,03% (18/62)	31,58% (18/57)	<=18	5	24,64% (17/69)	3,75	😊
Totale punti						27,50	

*Drg 055 *Miscellanea int orecchio naso gola*
Drg 059 *Tonsillectomia >17*
Drg 060 *Tonsillectomia <18*

Azienda	Anno	Cod. liv.	Descrizione	Consumi e manut. di esercizio sanitari	Consumi e manut. di esercizio non sanitari	Acquisti servizi - prestazioni sanitarie	Acquisti servizi sanitari per erog. prestazioni	Acquisti servizi non sanitari	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze - Insussistenze	Altri costi	Totali
003	2016	10100	Igiene e sanita pubblica	9	21	345	24	389	1530	7	198	309	87	6	127	3052
003	2016	10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	1	21	80	20	448	2490	11	115	472	111	9	191	3969
003	2016	10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	0	29	77	19	478	2259	168	148	387	97	9	182	3853
003	2016	10400	Sanita pubblica veterinaria	6	26	83	69	444	2254	11	368	523	72	10	196	4062
003	2016	10500	Attivita di prevenzione rivolte alle persone	5540	54	1171	86	1665	6667	28	487	918	369	26	525	17536
003	2016	10600	Servizio medico legale	1	24	738	1827	425	890	7	284	905	116	6	676	5899
003	2016	19999	Totale	5.557	175	2.494	2.045	3.849	16.090	232	1.600	3.514	852	66	1.897	38.371
003	2016	20100	Guardia medica	10	16	4237	0	269	0	0	0	0	23	0	0	4555
003	2016	20201	Medicina generica	500	49	59572	4137	2175	2462	14	319	1400	117	13	158	70916
003	2016	20202	Pediatria di libera scelta	0	0	10709	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10709
003	2016	20300	Emergenza sanitaria territoriale	0	0	908	0	10	0	0	0	0	0	0	0	918
003	2016	20401	Ass. farmaceutica territ. convenzionata	1	32	99819	37	217	1008	4	53	336	53	4	88	101652
003	2016	20402	Altre forme di erogazione assistenza farmaceutica	35969	16	72150	870	795	887	7	611	454	160	7	147	112073
003	2016	20500	Assistenza Integrativa	1764	0	4435	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6199
003	2016	20601	Ass. specialistica - Att. clinica	5661	460	32238	1086	17834	38146	170	5813	6681	2846	174	3727	114836
003	2016	20602	Ass. specialistica - Laboratorio	3143	30	13566	37	999	2954	12	315	405	142	14	303	21920
003	2016	20603	Ass. specialistica - Diagn. strumentale e per immagini	584	95	28250	142	2775	7679	30	674	760	878	33	705	42605
003	2016	20700	Assistenza Protetica	2373	0	11711	0	3396	0	0	0	0	0	0	0	17480
003	2016	20801	Assistenza programmata a domicilio (ADI)	530	99	243	2226	1176	7040	32	1706	439	161	28	571	14251
003	2016	20802	Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	18	38	1139	50	1205	5654	24	552	834	298	22	436	10270
003	2016	20803	Assistenza territ. psichiatrica	812	56	369	123	1837	11302	49	1490	1273	336	43	872	18562
003	2016	20804	Assistenza territ. riabilitativa ai disabili	113	7	10654	7	207	1004	4	192	148	45	4	83	12468
003	2016	20805	Assistenza territ. ai tossicodipendenti	625	36	236	69	1275	6248	28	1152	538	102	24	492	10825
003	2016	20806	Assistenza territ. agli anziani	0	9	59	7	124	973	4	148	122	20	4	77	1547
003	2016	20807	Assistenza territ. ai malati terminali	53	9	1118	18	290	1144	4	114	64	86	4	83	2987
003	2016	20808	Assistenza territ. a persone affette da HIV	0	0	2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2024
003	2016	20901	Assistenza semires. psichiatrica	1	20	279	64	511	1169	7	453	92	82	5	109	2792
003	2016	20902	Assistenza semires. riabilitativa ai disabili	0	1	11105	6	214	264	1	75	17	38	1	22	11744
003	2016	20903	Assistenza semires. ai tossicodipendenti	0	0	427	0	0	0	0	0	0	0	0	0	427
003	2016	20904	Assistenza semires. agli anziani	0	0	1908	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1908
003	2016	21001	Assistenza resid. psichiatrica	108	85	16300	34	1970	2611	16	1546	234	167	13	272	23356
003	2016	21002	Assistenza resid. riabilitativa ai disabili	12	10	28444	8	321	474	3	535	50	27	3	65	29952
003	2016	21003	Assistenza resid. ai tossicodipendenti	0	0	4305	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4305
003	2016	21004	Assistenza resid. agli anziani	161	37	48181	30	2192	2317	12	1154	173	332	11	225	54825
003	2016	21006	Assistenza resid. ai malati terminali	212	0	0	2359	101	0	0	0	0	84	0	0	2756
003	2016	21100	Assistenza Idrotermale	0	0	755	0	0	0	0	0	0	0	0	0	755
003	2016	29999	Totale	52.650	1.105	465.141	11.310	39.893	93.336	421	16.902	14.020	5.997	407	8.435	709.617
003	2016	30100	Attivita di pronto soccorso	368	24	174	92	811	2212	9	422	152	99	10	231	4604
003	2016	30201	Ass. ospedaliera per acuti Day Hospital e Day Surgery	8680	134	42398	630	3909	12436	49	1683	992	862	57	1248	73078
003	2016	30202	Ass. ospedaliera per acuti degenza ordinaria	11261	375	192800	3572	13739	50086	202	7753	3456	2444	226	4971	290885
003	2016	30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	110	18	54	27	623	1360	7	733	120	86	8	181	3327
003	2016	30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	622	60	32555	383	2779	7614	31	1279	529	371	35	779	47037
003	2016	30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	711	13	51	21	521	1769	7	137	178	78	8	171	3665
003	2016	30700	Trapianto organi e tessuti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
003	2016	39999	Totale	21.752	624	268.032	4.725	22.382	75.477	305	12.007	5.427	3.940	344	7.581	422.596
003	2016	49999	Totali	79.959	1.904	735.667	18.080	66.124	184.903	958	30.509	22.961	10.789	817	17.913	1.170.584

NUCLEO DI VALUTAZIONE A.S.L. 3*deliberazione del Direttore Generale n. 905 del 22.12.2016***Documento di Validazione della Relazione sulla Performance
Aziendale Anno 2016**

Il Nucleo di Valutazione della A.S.L. 3, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. C) del D.Lgs n. 150/2009 ha preso in esame la Relazione sulla Performance Aziendale Anno 2016, di cui alla nota a firma del Direttore Generale n. 90165 del 27/06/2017;

Il Nucleo di Valutazione della A.S.L. 3 Genovese, riscontrato che la relazione riporta:

- ❖ lo stato di realizzazione degli obiettivi in base agli indicatori previsti, la congruenza tra risultati conseguiti e gli obiettivi attesi, identificando gli eventuali scostamenti e, analizzando le relative cause e gli interventi correttivi adottati, ai sensi di quanto risultante dal percorso di budget Anno 2016 e dal coincidente Piano della Performance Anno 2016,
- ❖ il processo di valutazione annuale dei risultati di gestione, nei confronti dei dirigenti responsabili di dipartimento, di struttura complessa o semplice dipartimentale dotata di budget autonomo, in relazione alle capacità gestionali/manageriali, da parte del superiore gerarchico nello svolgimento dell'incarico e, in seconda istanza, da parte del Nucleo di Valutazione,

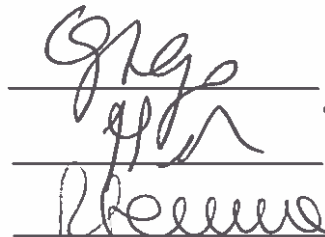
rileva che la documentazione prodotta è congrua, appropriata e conforme a quanto emerso durante i lavori del Nucleo stesso, così come attestato dai verbali e relativi allegati, agli atti presso la S.C. Centro di Controllo Direzionale di A.S.L. 3.

Tutto ciò premesso il Nucleo di Valutazione valida la Relazione sulla Performance Aziendale Anno 2016.

Dottore Gaddo Flego

Professore Giancarlo Icardi

Dottoressa Roberta Serena



Genova, 30/06/2017 Prot. N 91566