

REGIONE LIGURIA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N. 3
"GENOVESE"

DELIBERAZIONE N. 432 DEL 29 GIU. 2015

OGGETTO: Approvazione "Relazione sulla Performance aziendale Anno 2014".

IL DIRETTORE GENERALE *P.P.*

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

Dato atto che Asl 3 Genovese ha provveduto, con Deliberazione n. 490 del 05.08.2014, all'aggiornamento del Piano della Performance per il triennio 2014-2016;

Dato atto, altresì, che il suddetto Piano, avente orizzonte triennale, 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 evidenzia, 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 prima parte, dedicata all'illustrazione del sistema incentivante, una seconda parte dedicata all'attuazione del ciclo di gestione della Performance Aziendale ed una terza parte dedicata al percorso di valutazione della performance individuale;

Considerato che, fanno parte della relazione de qua i seguenti allegati tecnici: 1) Rendicontazione obiettivi, 2) Rendicontazione obiettivi "Area Costi", 3) Rendicontazione "Area Appropriatazza, efficacia e qualità delle prestazioni" e 4) Modello LA 2014;

Dato atto, altresì, che si è provveduto ad inviarla al Nucleo Aziendale di Valutazione (N.A.V), costituito con deliberazione del Direttore Generale n. 412 del 16.06.2014, 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 2014 rilasciato dal N.A.V., prot. N. 80039 del 23.06.2015;

Ritenuto pertanto necessario approvare la Relazione della Performance Aziendale Anno 2014 e il relativo sopraccitato Documento di Validazione rilasciato dal N.A.V.;

1 *A*

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 2014 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 2014", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di prendere atto del "Documento di Validazione della Relazione sulla Performance Aziendale Anno 2014" rilasciato dal Nucleo Aziendale di Valutazione, prot. N. 80039 del 23.06.2015, 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 trasmettere il presente atto alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche ex art. 13 D.Lgs.150/2009 e al Ministero dell'Economia e delle Finanze;
5. di dare atto che i contenuti del presente atto saranno oggetto di informazione ai soggetti interni ed esterni;
6. di dare atto altresì che il presente atto è composto da 2 pagine e 2 allegati, il primo denominato "Relazione Performance Anno 2014" composto di 166 pagine ed il secondo denominato "Documento di Validazione della Relazione sulla Performance Aziendale Anno 2014" composto di 1 pagina.

IL DIRETTORE GENERALE f.f.
(Avvocato Piero Giuseppe REINAUDO)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.
(Avvocato Rosa PLACIDO)

IL DIRETTORE SANITARIO f.f.
(Dottore Luigi Carlo BOTTARO)

IL DIRETTORE
S.C. CENTRO CONTROLLO DIREZIONALE
(Dottoressa Cristina DE LUCIS)

Pubblicata all'Albo della data
del 29 GIU. 2015
Il Responsabile

RELAZIONE PERFORMANCE

ANNO 2014

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SISTEMA INCENTIVANTE ANNO 2014.....	4
3. RENDICONTAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE ANNO 2014.....	6
4. RENDICONTAZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNO 2014.....	117
S. CONCLUSIONI	119

ALLEGATI TECNICI:

- allegato 1) Rendicontazione obiettivi
- allegato 2) Rendicontazione obiettivi "Area Costi"
- allegato 3) Rendicontazione "Area Appropriatazza, efficacia e qualità delle prestazioni"
- allegato 4) Modello LA 2014

1. Premessa

Il Piano della Performance 2014-2016 dell'ASL3 Genovese è stato approvato con Deliberazione n. 46 del 31.01.2014 ed aggiornato con deliberazione n. 490 del 05.08.2014.

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

Inoltre, relativamente all'anno 2014, contiene gli obiettivi di cui:

- alle schede di Budget 2014, approvate con deliberazione n. 408 del 18 giugno 2014 e n. 474 del 24/07/2014, in quanto gli obiettivi strategici di breve periodo sono stati resi operativi declinandoli in obiettivi di struttura organizzativa;
- alla D.G.R. 1408 del 08/11/2013 con la quale Regione Liguria ha emanato gli indirizzi e le direttive, relativamente al periodo 2013 -2015, per le Aziende Sanitarie, IRCCS e erogatori pubblici o equiparati;
- alla D.G.R. n. 878 del 11/07/2014 con la quale la Regione Liguria ha fissato gli obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2014.

Il suddetto Piano, avente orizzonte triennale, 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 prima parte, dedicata all'illustrazione del sistema incentivante, una seconda parte dedicata all'attuazione del ciclo di gestione della Performance Aziendale ed una terza parte dedicata al percorso di valutazione della performance individuale.

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 2014

Per l'anno 2014 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 2014 avviene 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 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 attribuito, in analogia con l'anno 2013, 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 Comporto

La suddivisione del Fondo della Produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali per il 2014 avviene secondo i seguenti parametri:

- 85% performance organizzativa legata alle schede di budget e performance individuale;
- 10% progetti annuali storici;
- 5% progetti strategici aziendali.

Il Fondo relativo alla performance organizzativa – individuale è 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 2014

Il Piano della Performance Annuale 2014 è perfettamente coincidente con il Processo Aziendale di Budget 2014, 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 febbraio, si sono svolti gli incontri di budget 2014 con la partecipazione della Direzione Aziendale, dei Direttori dei Dipartimenti, delle SS.CC./SS.SS.DD. e dei coordinatori infermieristici/tecnici.

Gli obiettivi, concordati e condivisi in sede di discussione di budget, sono stati formalizzati per singola struttura organizzativa nelle schede di budget 2014 che, firmate e sottoscritte, sono state, via via, pubblicate nell'intranet aziendale nella pagina dedicata.

Con Deliberazione n. 408 del 18 giugno 2014 e 474 24 luglio 2014, sono state approvate le "Linee guida Aziendali Budget 2014" e le "Schede di budget Anno 2014" e con Deliberazione n. 439 del 7 luglio 2014, è stato approvato il budget di spesa per l'anno 2014 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 C.C.D. ha provveduto ad effettuare trimestralmente il monitoraggio dei budget assegnati inviando i report relativi alla parte economica-contabile ai Direttori di SC/SSD; dal mese di ottobre è stato reso disponibile agli utenti (Direttori di SC/SSD e coordinatori infermieristici/tecnici/amministrativi) il portale del controllo di gestione ossia un'applicazione software (SPAGOBI) che si pone tra l'utente finale e le applicazioni già gestite in azienda e che consente agli utenti interessati di visualizzare direttamente ed autonomamente sul portale stesso la reportistica precedentemente inviata via e mail dal CCD relativa a monitoraggio budget economico, confronto periodico consumato beni sanitari e non, conti economici ...ed altre informazioni riguardanti la dotazione di personale delle strutture.

In osmosi con il processo di budget si è sviluppato il Ciclo della Performance, in particolare con:

- deliberazione n.790 del 18.12.2013 è stato approvato il "Piano della Performance per il triennio 2013-2015";
- deliberazione 409 del 18.06.2014 è stata approvata la "Relazione sulla Performance anno 2013";
- deliberazione n. 46 del 31.01.2014 è stato approvato il "Piano della Performance per il triennio 2014-2016", aggiornato con deliberazione n. 490 del 05.08.2014.

La valutazione finale del percorso di budget 2014, 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	82,12 %
% strutture con punteggio scheda di budget compresa tra 89 e 70	17,90 %
% strutture con punteggio scheda di budget uguale e/o inferiore a 69	-

pertanto, con una ottima performance aziendale complessiva.

Nell'allegato A) si provvede alla rendicontazione degli obiettivi operativi fissati nel Piano della Performance con riferimento ai target per l'anno 2014.

4. RENDICONTAZIONE PIANO PERFORMANCE INDIVIDUALE ANNO 2014

Nel presente paragrafo sono illustrati i sistemi di valutazione del personale adottati in Azienda per l'anno 2014 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 (scheda allegato 1).
- 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 (scheda allegato 2).
- 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 del 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 2014, pertanto, si è data continuazione al percorso di valutazione di tutto il personale Dirigente, pari a quasi 900 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, debitamente compilate entro il termine previsto del 28/2/2014.

Rispetto alla valutazione individuale la situazione finale per l'anno 2014 risulta la seguente:

Fascia Punteggio	% personale inserito nella fascia
Da 105 a 85	88,23 %
Da 84 a 63	11,65 %
Da 62 a 0	0,12 %

Per quanto concerne la valutazione dei risultati di gestione per l'anno 2014, 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.

Personole di Comporto

In ottemperanza alla 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 (oltre 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.

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 2014 risulta la seguente:

Fascia Punteggio	% personale inserito nella fascia
Da 50 a 36	99,32 %
Da 35 a 20	0,63 %
Da 19 a 0	0,05 %

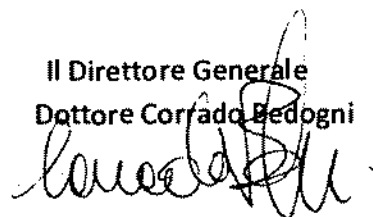
5. CONCLUSIONI

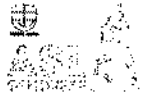
Dalla rendicontazione degli obiettivi del Piano della Performance per l'anno 2014 emerge una buona tenuta delle strutture aziendali alle performance prefissate, con la quasi totalità dei target raggiunti. Si sono manifestate criticità su alcuni obiettivi per i quali sono stati determinanti fattori esterni 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 2014, l'Azienda ha rispettato il budget economico assegnato da Regione Liguria e che, nonostante fosse stato assegnato un budget fortemente ridotto rispetto al 2013, 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 2014 con la rilevazione dei costi per livelli essenziali di assistenza.

Il Direttore Generale
Dottore Corrado Bedogni





AREA OSPEDALIERA

Dipartimenti Ospedalieri		Cardiologia, Chirurgie, Immagini, Emergenza e Accettazione, Materno Infantile, Medicina, Patologia Clinica, Specialità Mediche, Specialità Chirurgiche
AREA: A1		Contenimento dei costi e contestuale contenimento dell'efficienza produttiva
OBIETTIVO STRATEGICO		Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura (tutte le SSCC)
INDICATORE		Consumato Anno 2013 relativo a Beni sanitari e non sanitari
TARGET 2014		Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. (Tutte SSCC). Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Vedi allegato n. 1
Obiettivo operativo	Dirigenza	Miglioramento dell'efficienza dell'attività Ospedaliera (tutte le SSCC)
INDICATORE		Rapporto Ricavi/Costi
TARGET 2014		Miglioramento del rapporto rispetto Anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Vedi allegato n. 1
Obiettivo operativo	Dirigenza	Miglioramento dell'efficienza dell'attività Ospedaliera (SC Anestesia e Rionimolazione)
INDICATORE		Costo Anestesia per caso chirurgico (DRG chirur e prestazioni exPAC)
TARGET 2014		Riduzione del 2,5 % del costo caso chirurgico rispetto anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		€ 551,50 Proiez 9 mesi Anno 2013 - Anno 2014 = € 459,96. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A1		Contenimento dei costi e contestuale mantenimento dell'efficienza produttiva
OBIETTIVO STRATEGICO		Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale
Obiettivo operativo	Comparto	Rispetto tetto prestazioni aggiuntive (tutte SC con prestazioni aggiuntive)
INDICATORE		Nr ore prestazioni aggiuntive annuali
TARGET 2014		Mantenimento ore anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletto Gollino e Territorio:</u> Anno 2013 ore= 572 Anno 2014 = 398. <u>S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletto Gollino e Territorio:</u> Anno 2013 ore= 932 Anno 2014 = 542. <u>S.C. Chirurgia:</u> Anno 2013 ore= 1.579 Anno 2014 ore = 1.173. <u>S.C. Medicina Micone:</u> Anno 2013 ore= 282 Anno 2014 ore = 179. <u>S.C. Ortopedia:</u> Anno 2013 ore= 2.350 Anno 2014 ore = 963. <u>S.C. Ostetricia e Ginecologia:</u> Anno 2013 ore= 505 Anno 2014 ore = 337,75. <u>S.C. Medicina Villo Scossi:</u> Anno 2013 ore =1797,69 Anno 2014 ore = 1.740,50 <u>S.S.D. Oncologia Villa Scossi:</u> Anno 2013 ore= 66 Anno 2014 ore = 0 <u>S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche:</u> Anno 2013 ore=372 Anno 2014 ore=51,50. <u>S.C. Reumatologia:</u> Anno 2013 ore=241 Anno 2014 ore=0. <u>S.C. Urologia:</u> Anno 2013 ore= 418 Anno 2014 ore = 149. <u>S.S.D. Pronto Soccorso Villo Scossi/Sestri e Osservazione Breve Intensivo:</u> Anno 2014 ore = 1.696,50 ore effettuate dal personale della SC Medicina d'Urgenza (3.290,25 ore totali effettuate dal personale della SC Medicina d'Urgenza e della S.S.O. PS Obi). <u>S.C. Grandi Ustioni e Chirurgia Plastica:</u> Anno 2013 Centro Ustioni ore = 1.067,68 Chirurgia Plastica ore= 434,77 Anno 2014 Centro Ustioni e Chirurgia Plastica ore= 326,75. <u>S.C. Neonatologia:</u> Anno 2013 ore =257 Anno 2014 ore = 111,50. <u>S.C. Anestesia e Rianimazione:</u> Anno 2013 = 3.296,31 ore totali personale comparto Anno 2014 ore = 2.003,75 ore totali. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Pneumologia:</u> Anno 2013 ore=320 Anno 2014 ore=335,25. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Medicina Gollino:</u> Anno 2013 ore= 462 Anno 2014 ore= 504,75. <u>S.C. Nefrologia:</u> Anno 2013 ore= 1.235,22 Anno 2014 ore = 1.340,25. <u>S.C. Neurologia:</u> Anno 2013 ore= 2.077 Villa Scassi 358 Micone totale=2.435 ore Anno 2014 ore= 2.301 Villa Scassi 314 Micone totale=2.615 ore. <u>S.C. O.R.L.:</u> Anno 2013 ore=377 ore Anno 2014 ore=474,50. Obiettivo non raggiunto ☹</p>



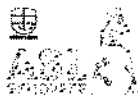
AREA: A1		Contenimento dei costi e contestuale contenimento dell'efficienza produttiva
OBIETTIVO STRATEGICO		Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale
Obiettivo operativo	Dirigenza	Aderenza al percorso aziendale prescrittivo autorizzativo in materia di dispositivi protesici al fine della diminuzione del nr autorizzazioni protesica (SSD Chirurgia del piede)
INDICATORE		% aderenza protocollo. Nr autorizzazioni esterne Importo autorizzato
TARGET 2014		95% delle prescrizioni sono aderenti al percorso aziendale Riduzione 20% spesa protesica esterna Anno 2013, in rapporto al nr. pz seguiti in ambulatorio.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Anno 2014 Nr autorizzazioni : 486 Importo: €. 142.230,30 Obiettivo raggiunto in considerazione che sono diminuite le autorizzazioni e l'importo pur con l'apertura di ambulatorio specialistico c/o Gallino. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territoriale e Continuità delle Cure
DBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Adozione di protocolli condivisi nella logica del Chronical Care Model per la presa in carico di pz fragili al fine di ridurre i ricoveri ripetuti e aumentare la domiciliarità (SC Pneumologia)
INDICATORE		Nr pazienti dimessi secondo protocollo BPCO
TARGET 2014		Applicazione protocollo BPCO all' 80% dei casi trattati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC: il protocollo BPCO è stato applicato in oltre 80% dei pazienti trattati. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Coordinamento a livello regionale dell'attività di riabilitazione cardiologica al fine di rendere operanti tutte le possibili iniziative tese alla riduzione della mobilità passiva (SSD Cardiologia Riabilitativa e Direttore Dip. Cardiologia)
INDICATORE		Evidenza protocollo condiviso con le strutture regionali pubbliche e private di riabilitazione cardiologica e con le analoghe strutture cardiocirurgiche e riabilitative delle regioni confinanti
TARGET 2014		Evidenza protocollo entro un mese dall'adozione del provvedimento regionale. Applicazione protocollo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Responsabile SSD: ancor prima della pubblicazione della delibera regionale di indirizzo sulla riabilitazione degenziale è stata effettuata una riunione preliminare con tutti i responsabili delle strutture riabilitative degenziali regionali, a seguito della pubblicazione della DGR 324 del 21/3/2014 è stato istituito un tavolo per la definizione di dettaglio delle modalità operative, dal 1 Maggio 2014 è di fatto iniziato il controllo dei ricoveri di tutti i pazienti cardiocirurgici operati in regione, che sono stati da quel momento prioritariamente avviati a riabilitazione in strutture pubbliche e, solo in caso di indisponibilità al ricovero, autorizzati alla riabilitazione, degenziale in strutture convenzionate e è iniziata la realizzazione di un sistema di gestione informatica del controllo dei flussi. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A2		<i>Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure</i>
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza	Applicazione di protocolli condivisi nella logica del chronic care model per le dimissioni protette (S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletto Gollino e Territorio e S.C. Cardiologia/UTIC Villo Scossi, SS.CC. Medicine Inteme, SC Recupero e Riabilitazione Funzionale, Direttore Oip. Medicine, Direttore Dip. Spec. Mediche)
INDICATORE		Nr protocolli condivisi
TARGET 2014		Applicazione protocollo all' 80% dei casi trattati.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Coord Area Geriatrica: le azioni svolte per l'implementazione dell'integrazione dei percorsi con l'ospedale e il domicilio si sono attuate attraverso la condivisione con i Distretti SS e la Direzione del Presidio Ospedaliero Unico di un percorso di identificazione dei pazienti ricoverati in Ospedale necessitanti di dimissione protetta e di gestione sul territorio del progetto di continuità assistenziale (previsto anche nel P.A.P triennale). Per tutte le SS.CC. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Applicazione protocollo SC, di cui a deliberazione 87 del 14/02/2014 (S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletto Gollino e Territorio e S.C. Cardiologia/UTIC Villo Scossi, Direttore Dip. Cardiologia)
INDICATORE		Nr pz presi in carico secondo le indicazioni del protocollo
TARGET 2014		Almeno 200 pz seguiti in base al protocollo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Anno 2014 nr pz seguiti = >350 a livello dipartimentale. Attivato Gruppo di lavoro congiunto Dip. Cardiologia-POU-Prof. Sanitarie per la definizione di protocollo condiviso secondo il modello chronic care per la gestione delle diverse fasi dello scompenso cardiaco. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A2	Integraziane Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO	Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
	Implementazione percorso di riabilitazione con l'ospedale La Colletta (SC Ortopedia)
INDICATORE	Applicazione percorso condiviso con SC Riabilitazione. Nr pz inviati alla Colletta/Tot pz da riabilitare
TARGET 2014	Incremento nr pz inviati alla Colletta rispetto Anno 2013. Report SC Recupero e Riabilitazione Funzionale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	Relazione Direttore SC RRF: per l'anno 2014 sono stati inseriti in lista e ricoverati presso la SC RRF tutti i pazienti che in base ai criteri di trasferimento individuati nel protocollo condiviso dalle due SC, necessitavano di riabilitazione intensiva degenziale e sono stati segnalati dalla Ortopedia. Pervenute nr 86 richieste di trasferimento che sono state tutte accolte, di queste n 10 pazienti all'atto della chiamata hanno rinunciato per motivazioni personali o per problematiche cliniche intercorrenti hanno seguito altri percorsi. Obiettivo raggiunto ☺
	Individuazione all'interno del P.S. di un referente medico, un assistente sociale e/o psicologo per soggetti fragili (S.S.O. Pronto Soccorso Villo Scossi/Sestri e Osservazione Breve Intensivo)
INDICATORE	Individuazione equipe di concerto con POU e Dipartimenti Nr soggetti fragili presi in carico
TARGET 2014	Entro 30/6 individuazione equipe Da 1/7 nr soggetti fragili presi in carico dall'equipe
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	Relazione SC POU: individuata equipe multidisciplinare entro i tempi previsti; dal 1/5 al 31/12 sono stati presi in carico 39 soggetti fragili afferenti il PS Villa Scassi. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A2	Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO	Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
	Adozione protocollo multidisciplinare sulla gestione del paziente diabetico affetto da macroangiopatia e lesioni del piede al fine di ridurre l'incidenza annuale delle amputazioni maggiori non traumatiche agli arti inferiori e il tempo di decorso clinico delle ulcerazioni del piede (S.S.D. Chirurgia del Piede, SC Chirurgia Vascolare, SC Centro Grandi Ustioni, SSD Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche e SC Radiologia)
INDICATORE	Evidenza del protocollo, condiviso con SSD Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, Sc Chirurgia Vascolare e Radiologia
TARGET 2014	Entro 30/06 evidenza del protocollo condiviso con le altre strutture organizzative aziendali. Dal 1 luglio applicazione delle procedure previste (dirigenza). da 1 luglio applicazione, in collaborazione con Centro Vulnologico e altre strutture, delle procedure previste dal protocollo multidisciplinare (comparto)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	Relazione Staff DS: Elaborazione protocollo "Gestione del piede diabetico" da parte di equipe multidisciplinare nel primo semestre 2014 con immediata applicazione delle procedure previste dal percorso. Pubblicazione ufficiale avvenuta in data 4/11/2014. Obiettivo raggiunto ☺
	Garantire le consulenze urologiche alle Cure Domiciliari (S.S.D. Pronto Soccorso Villo Scossi/Sestri e Osservazione Breve Intensivo)
INDICATORE	Nr consulenze fornite alle cure domiciliari
TARGET 2014	Almeno il 70% delle consulenze fornite/Totale richieste a livello distrettuale.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: Nessun distretto ha richiesto consulenze urologiche, pertanto nessuna consulenza è stata fornita. Il Distretto 12 ha effettuato in collaborazione con la SC Urologia un percorso di addestramento, per gli infermieri degli ambulatori infermieristici e delle cure domiciliari, sul cateterismo vescicale difficile (paz con ipertrofia prostatica). Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
		Percorso del pz diabetico: dalla presa in carico ambulatoriale alla presa in carico da parte del MMG (S.S.O. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche)
INDICATORE		Nr pz presi in carico dal MMG dopo percorso aziendale ambulatoriale
TARGET 2014		Almeno 500 pz indirizzati al MMG
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Responsabile SSD: reinviati alle cure del MMG nell'arco dell'anno solare 2014 complessivamente 1024 pazienti. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Percorso nascita aziendale ospedale/territorio (Obiettivo S.C. Ostetrico e Ginecologia)
INDICATORE		Esistenza procedura unica. Adesione al protocollo. Rendicontazione corsi pre parto
TARGET 2014		Elaborazione procedura unica Ospedale/territorio. Presentazione documento entro il 30/4. Dall'1/6 applicazione procedura all'80% dei casi.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		E' stata elaborata e conclusa la procedura unica Ospedale/territorio "Assistenza e servizi offerti all'interno del Percorso Nascita". Sono stati intrapresi incontri per la realizzazione del nuovo modello operativo di offerta sul Percorso Nascita, con operatori rappresentanti delle due S.C. Assistenza Consultoriale e S.C. Ostetricia e Ginecologia. In collaborazione con l'UGR, è stato attivato un percorso di audit interno (Ospedale/Territorio) finalizzato alla revisione delle attività attualmente svolte dagli operatori delle due S.C. e all'applicazione della nuova procedura di assistenza alla gravidanza. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ambulatorio per la presa in carico delle pz a termine di gravidanza provenienti dal Consultorio (obiettivo SC Ostetrico e Ginecologia)
INDICATORE		Nr pz prese in carico dall'Ambulatorio/Nr pz inviate dal Consultorio
TARGET 2014		100% delle pz inviate dal Consultorio prese in carico dall'ambulatorio. Relazione conclusiva
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC: nell'anno 2014 l'ambulatorio della gravidanza a termine ha preso in carico 820 pazienti di cui 59 inviate dal consultorio. Il 100% delle pazienti ricevute dal consultorio sono state prese in carico. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A2		<i>Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure</i>
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Assistenza al dopo nascita (<i>obiettivo SC Ostetrico e Ginecologia e SC Neonotologia</i>)
INDICATORE		Adesione al progetto "Segnalazione Mamme in depressione post partum" : applicazione procedura condivisa di invio ai servizi Consultoriali delle neo mamme con fragilità psicologica
TARGET 2014		Applicazione procedura al 100% dei casi.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Formalizzata la procedura condivisa di invio ai consultori familiari delle neo mamme con fragilità psicologica. Individuato un unico referente (dirigente Psicologa) per i progetti relativi alla depressione post partum che ha costituito l'elemento unificante di percorsi che nascono da più tavoli. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Assistenza al dopo nascita invio dei neonati in dimissione al percorso territoriale aziendale (<i>SC Neonotologia</i>)
INDICATORE		Applicazione protocollo con SC Consultoriale relativo alla comunicazione dell'offerta territoriale per la puerpera e il neonato; Invio dei neonati in dimissione ai corsi consultoriali NR di neonati inviati/totale dei nati
TARGET 2014		100% Comunicazione. Contatto con il Consultorio per il 50% dei nuovi nati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Consegnate a tutte le mamme dimesse le brochure con l'offerta delle attività del dopo-nascita. Condivisa una nuova procedura, che verrà adottata dal 2015, che prevede l'utilizzo dello SPD da parte degli operatori di entrambe le S.C.. Tale nuova procedura renderà certo e monitorabile la % delle neomamme che rispondono all'offerta consultoriale su invio del P.O. Per l'anno 2014 si ritiene comunque che la percentuale indicata nell'indicatori pari al 50% sia stata raggiunta dato il numero di accessi per consulenza e per vaccinazioni, superiore ai nuovi nati. Obiettivo parz. raggiunto ☺

AREA: A2		Integraziane Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Assistenza al dopo nascita: neonati seguiti a domicilio (SC Neonotologia)
INDICATORE		% Neonati seguiti a domicilio/totale neonati che necessitano di intervento. Compilazione scheda assistenziale per effettuazione consulenze a domicilio
TARGET 2014		Assistenza sanitaria infermieristica a domicilio per l'85% dei neonati con problematiche
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nel 2014 non sono stati individuati casi con problematiche tali da richiedere intervento di assistenza infermieristica a domicilio. Ogni qualvolta si siano presentati casi con necessità di sorveglianza, sono stati allertati i servizi sociali. Relazione Direttore SC. Obiettivo raggiunto ☺
		Gestione integrata del paziente oncologico specialista/MMG: Gestione domiciliare del paziente in terapia oncologica orale (SSO Oncologie)
INDICATORE		Nr pz seguiti
TARGET 2014		Incremento del 10% rispetto Anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p>SSD Oncologia Sestri: Relazione Responsabile: nell'anno 2014 sono state effettuate 167 a favore di pz con carcinoma della mammella operate ed in terapia antitumorale orale con farmaci ormonali, registrando un incremento pari al 71% rispetto all'anno precedente. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>SSD Oncologia Villa Scassi: Relazione Responsabile SSD: nr pazienti in terapia orale citostatica Anno 2013= 223; nr pazienti Anno 2014= 236 Incremento pari al 6%. Esiste poi una quota di pazienti non ben quantificabile in terapia con Busulfano, idrossiurea affetti da s. mielproliferative croniche (i paz non sono estraibili da alcun data base poiché questi farmaci non sono in distribuzione diretta e vengono prescritti con ricetta rossa). Paz in terapia orale con farmaci antineoplastici non citostatici (bicalutamide, inibitori aromatasi,) Anno 2013 = 180 Anno 2014= 216. Incremento pari al 20% Paz in terapia orale antineoplastica nella loro globalità (citostatici e non), Anno 2013 =403 Anno 2014= 452 Incremento pari al 12%. Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Garantire consulenza formativa in materia di lesioni vascolari croniche alle Cure Domiciliari (<i>Amb. Lesioni Difficili</i>)
INDICATORE		Nr personale Cure Domiciliari formato
TARGET 2014		100% del personale infermieristico Cure Domiciliari è formato entro fine 2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie 100% del personale formato entro i termini previsti. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Adozione protocollo per le dimissioni protette del paziente con scompenso ed insufficienza cardiaca (<i>obiettivo SSCC Dip. Cardiologia</i>)
INDICATORE		Esistenza progetto. Nr pazienti dimessi secondo protocollo da 1 settembre /Nr pazienti trattati da 1 settembre
TARGET 2014		Entro il 30/6 presentazione progetto con quantificazione casi da seguire. Dal 1/9 adozione protocollo. Al 31/12 relazione in merito all'applicazione protocollo.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio, S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi, S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta: Presentato progetto nei termini previsti con relativa quantificazione dei casi da seguire (che sono stati 23); ai pz è stata proposta la prosecuzione di cure presso i centri per l'insuf. cardiaca; alla dimissione è stato fissato un primo appuntamento presso gli ambulatori dell' insufficienza cardiaca del dipartimento, e tutto l'iter è stato condiviso con i rispettivi MMG. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Controlli Home Care per lo scompenso cardiocircolatorio (<i>obiettivo SC Cardiologia</i>)
INDICATORE		Attivazione percorsi
TARGET 2014		Ulteriori percorsi attivati (per almeno 24 pazienti a livello dipartimentale)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: Villa Scassi attivati percorsi ed arruolati nr 12 pazienti per Villa Scassi e nr 28 pz per Micone. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Oiduttore Oipartimento	Garantire l'integrazione con il territorio attraverso la collaborazione con i Oistretti in tema di visite domiciliari specialistiche e presa in carico pz affetto da macroangiopatia e lesioni del piede (<i>Direttore Oip. Specialità Chirurgiche</i>)
INDICATORE		Nr accessi domiciliari. Nr pz presi in carico
TARGET 2014		Incremento accessi domiciliari e nr pz presi in carico in modo integrato da SC Chirurgia Vascolare rispetto Anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: Nessun distretto ha richiesto consulenze urologiche, pertanto nessuna consulenza è stata fornita. Il Distretto 12 ha effettuato in collaborazione con la SC Urologia un percorso di addestramento, per gli infermieri degli ambulatori infermieristici e delle cure domiciliari, sul cateterismo vescicale difficile (paz con ipertrofia prostatica). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Direttore Oipartimento	Operatività modello organizzativo dipartimentale finalizzato all'integrazione delle strutture ospedaliere e di quella consultoriale (Oiduttore Oip. Motemo Infantile)
INDICATORE		Evidenza Piano di integrazione. Grado di realizzazione delle azioni previste
TARGET 2014		Entro 30/04 Presentazione progetto che preveda le attività da realizzare. Da 1/6 Sperimentazione applicazione nuovo modello. Relazione al 30/6 e al 31/12 degli incontri/progetti intrapresi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		E' stata elaborata e conclusa la procedura unica Ospedale/territorio "Assistenza e servizi offerti all'interno del Percorso Nascita". Sono stati intrapresi incontri per la realizzazione del nuovo modello operativo di offerta sul Percorso Nascita, con operatori rappresentanti delle due S.C.Assistenza Consultoriale e S.C.Ostetricia e Ginecologia. In collaborazione con l'UGR, è stato attivato un percorso di audit interno (Ospedale/Territorio) finalizzato alla revisione delle attività attualmente svolte dagli operatori delle due S.C. e all'applicazione della nuova procedura di assistenza alla gravidanza. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A2		Integraziane Ospedole-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Direttore Dipartimento	Coordinamento percorsi di integrazione ospedale-territorio relativi alla presa in carico del neonato e delle gravide. <i>(Direttore Oip. Materno Infantile)</i>
INDICATORE		Applicazione procedure Nr neonati e gravide presi in carico
TARGET 2014		Raggiungimento risultati attesi Area 2) Scheda di budget SSCC del Dipartimento. Relazione annuale sulla modalità di realizzazione dei percorsi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		L'obiettivo si ritiene nel complesso Parzialmente Raggiunto per il perseguimento pressochè completo degli obiettivi previsti nell'Area 2; non sono state rendicontate e quindi non sono verificabili compiutamente i contatti dei nuovi nati con il territorio. I Direttori delle SSCC Neonatologia e Assistenza Consultoriale hanno prodotto le relazioni richieste in ordine agli obiettivi indicati. Obiettivo parz. raggiunto ☺

AREA: A4		Miglioramento ed efficientamento dei flussi per il debito informativo interno e verso le istituzioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Sistematizzazione della raccolta, elaborazione, divulgazione e pubblicazione dei dati controllati relativi alle attività aziendali con adozione di indicatori per la valutazione della correttezza e della qualità dei flussi.
Obiettivo operativo	Origine	Corretta compilazione SDO su tipo ricovero, regime ricovero, data prenotazione, classe di priorità per interventi chirurgici 1) tumore mammella – 2) tumore colon retto - protesl d'anca (Dip. Chirurgie e Spec. Chirurg.)
INDICATORE		Nr schede compilate correttamente rispetto al totale
TARGET 2014		valore atteso 97% - valore atteso 100%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Chirurgia:</u> 1) Nr 2 schede ord + 2 schede dh con campi correttamente valorizzati/ 2 casi ord+2 casi dh = 100%. 2) Nr 67 schede con campi correttamente valorizzati / 67 casi= 100%. <u>S.S.D. One Day e Week Surgery:</u> Valorizzazione campi 100%. <u>S.C. Ortopedia:</u> Nr 138 schede con campi correttamente valorizzati su 138 schede (valorizzazione regime ricovero e tipo ricovero); nr 19 schede con campi correttamente valorizzati su 19 schede (valorizzazione data lista attesa e classe priorità); la percentuale è il 100% per tutti nell' ambito dei casi in cui è richiesto. Obiettivo raggiunto ☺
		Collaborazione con SIA e altre SS.CC. preposte all'attività di screening al fine della corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti (SSCC Radiologie)
INDICATORE		Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi
TARGET 2014		Completa rendicontazione informatica dell'attività di screening
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Dal novembre 2014 è attivo l' invio a regione Liguria per via informatica dei flussi correlati alle prestazioni di I e II livello screening con estrazione mensile diretta delle prestazioni dal software gestionale screening. Obiettivo raggiunto ☺
		Implementazione ed integrazione completa del Sistema Informatico con quello di Laboratorio con integrazione del referto (Es. Citologico Urinario) (SC Anatomio Porologico), (Es. Gruppo Sanguigno) (S.C. Immun. Trosfusionole). Coordinamento del progetto (Direttore Oip. Potologio Clinico)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Entro Aprile 2014 integrazione completa
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Al 30.04 è stata completata l'integrazione del referto tra Centro Trasfusionale e Laboratorio Analisi. E' stata avviata l'integrazione con il referto dell'Anatomia Patologica, non conclusa nel 2014 per problemi informatici non imputabili alle strutture del dipartimento. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A5		Prevenzione e Screening
OBIETTIVO STRATEGICO		Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione attività di prevenzione della struttura all'interno del piano Aziendale Prevenzione (<i>SSO Cardiologia Riabilitativo, SC Ostetrico e Ginecologia, SC Reumatologia, S.S.O. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche</i>)
INDICATORE		% di attuazione delle azioni previste dal PAP
TARGET 2014		Realizzazione 100% azioni previste.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><i>SSD Cardiologia Riabilitativa:</i> Relazione Dott Culotta: Poste in essere le azioni previste in termini di gestione integrata del pz con scompenso cardiaco. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><i>SC Ostetricia e Ginecologia:</i> Relazione Coordinatore PAP: le azioni previste in materia di screening hanno avuto attuazione al 100%. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><i>S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche:</i> Relazione Coordinatore PAP: Obiettivo Gruppi di cammino realizzazione 100%. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><i>SC Reumatologia:</i> Relazione Coordinatore PAP: terapia antiosteoporotica nei pazienti con frattura di femore (è in corso la definizione di indicatori di performance). Obiettivo raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza	Supporto all'attività di screening del tumore del colon retto, nelle urgenze post endoscopiche (<i>SSO Day e Week Surgery</i>)
INDICATORE		Appropriatezza modalità e tempistica di risposta alle urgenze
TARGET 2014		100% di risposta
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: 100% risposta alle urgenze (monitoraggio su documentazione sanitaria). Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A5		Prevenzione e Screening
OBIETTIVO STRATEGICO		Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
Obiettivo operativo	Dirigenza	Realizzazione attività di prevenzione della struttura all'interno del piano Aziendale Prevenzione (SC Chirurgia, SC Medicina Villa Scassi)
INDICATORE		1) Attività di screening del tumore del colon retto: rispetto tempistica. 2) Programma informatizzato aziendale per refertazione colonscopia diagnostica e di screening
TARGET 2014		1) Tempo tra lettura FOBT di screening del tumore del colon retto positivo e colonscopia di approfondimento >90% entro 30 giorni di calendario (dato giscor 2013 : 63%). 2) Entro 30/5 presentazione progetto di concerto con SIA, Dip Medicina e altre SSCC/SSDD afferenti Dip. Chirurgie. Da 1/11 refertazione in rete
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Chirurgia:</u> 1) relazione Responsabile SSD Popolazione a rischio, nota 32318 del 10.03.2015. 2) Le attività sono state realizzate nella tempistica, come da nota inviata via email il 1.7.2014. Il programma è stato predisposto ma non è ancora stato attivato in attesa della ridefinizione contrattuale del progetto, pervenuta a marzo 2015. Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C. Medicina Villa Scassi:</u> 1) relazione Responsabile SSD Popolazione a rischio, nota 32318 del 10.03.2015. 2) Le attività sono state realizzate nella tempistica, come da nota inviata via email il 1.7.2014. Il programma è stato predisposto ma non è ancora stato attivato in attesa della ridefinizione contrattuale del progetto, pervenuta a marzo 2015. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Realizzazione attività di prevenzione della struttura all'interno del piano Aziendale Prevenzione Nr Interventi di "Educazione alla salute per gruppi di popolazione (Medicina Riabilitativo Lo Colletto)
INDICATORE		Nr Interventi di "Educazione alla salute per gruppi di popolazione" - S.S. di Dietologia e Nutrizione Clinica / Medicina Riab Colletta
TARGET 2014		Realizzazione 100% delle azioni previste dal PAP
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Coordinatore PAP: il questionario non è stato somministrato, ma il gradimento è documentato dalla richiesta di proseguire anche per il futuro nel percorso formativo. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A5		Prevenzione e Screening
OBIETTIVO STRATEGICO		Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
Obiettivo operativo	Dirigenza	Realizzazione attività di prevenzione della struttura all'interno del piano Aziendale Prevenzione Diagnosi precoce e gestione integrata del pz affetto da BPCO (S.C. Pneumologia)
INDICATORE		Diagnosi precoce e gestione integrata del pz affetto da BPCO con SC Cure Primarie, Distretti e MMG del pz affetto da BPCO
TARGET 2014		Realizzazione 100% delle azioni previste dal PAP
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Coordinatore PAP: identificazione dei soggetti a rischio o con sintomi di BPCO; non ancora completamente implementati percorsi di gestione integrata. Obiettivo porz. raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Realizzazione attività di prevenzione della struttura all'interno del piano Aziendale Prevenzione (SC Ostetrico e Ginecologia)
INDICATORE		Tempistica effettuazione colposcopia e interventi di Conizzazione/Ansa diatermica III Liv. Isterectomia per istologia CIN II / CIN III in casi screen detected
TARGET 2014		Effettuazione degli interventi di diagnostica di secondo livello (Colposcopie) e gli interventi di Conizzazione/anse diatermiche con seguenti tempi : colposcopia in 7 gg ai casi POSITIVI dello Screening; interventi di Conizzazione/Ansa diatermica entro 1 mese dalla diagnosi. III livello screening del tumore della cervice uterina – Formolizzazione protocollo operativo entro il 30 giugno 2014 . Isterectomia per istologia CIN II / CIN III in casi screen detected < 2%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Responsabile SSO Popolazione a rischio, nota 32318 del 10.03.2015. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Collaborazione progetti aziendali di screening colon retto (SC Laboratorio Analisi)
INDICATORE		Tempo tra riconsegna provetta FOBT
TARGET 2014		Riduzione tempi refertazione rispetto anno 2013: >90% esami entro 7 giorni di calendario
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Responsabile SSD Popolazione a Rischio n. 32318 del 10.03.2015 si legge > 90% dei referti entro 7 gg. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A5		Prevenzione e Screening
DBIETTIVO STRATEGICO		Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
Dbiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione attività di prevenzione della struttura all'interno del piano Aziendale Prevenzione test di screening del cervicocarcinoma e refertazione (SC Anatomio Potologico e SSD Citologia ed Istologia o prevalente indirizzo territoriale)
INDICATDRE		Tempo tra esecuzione test di screening del cervicocarcinoma e refertazione
TARGET 2014		≥ 85 % entro 30 giorni.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Responsabile SSD Popolazione a Rischio n. 32318 del 10.03.2015 si legge " registrato un intervallo < a 30 gg tra esecuzione test di screening del cervicocarcinoma nel 19% delle donne screnate" In considerazione della riorganizzazione attuata nel corso del 2014. Dbiettivo porz. raggiunto ☺
		Consolidamento attività di screening della cervice uterina (Direttore Dip. Motemo Infantile)
INDICATORE		Implementazione attività di screening di secondo livello della cervice uterina. Stesura protocollo operativo del III livello di screening
TARGET 2014		Presentazione protocollo operativo entro il 30/06. Incremento del tasso di copertura del III livello di screening
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Responsabile SSD Popolazione a Rischio dettagliata nella scheda Budget della SC Ostetricia e Ginecologia. Dbiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto/ Direttore Dipartimento	Attuazione programma aziendale di screening mammografico 2014, in accordo il Resp S.S.D. Popolazione a rischio (SS.CC. Radiologie e Direttore Dip. Immagini)
INDICATORE		Nr prestazioni in screening garantite
TARGET 2014		Incremento 5% mammografie in screening a livello aziendale (garantire la mammografia in screening al 100% delle donne che aderiscono al programma)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Donne che hanno effettuato mammo in screening= 21.786 pari al 49,5% con un incremento superiore al 5% rispetto al 2013. Dbiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione procedure di dimissioni (tutte le SC)
INDICATORE		1) % dimissioni effettuate entro le ore 10/ totale pz dimessi 2) Nr pz dimessi in giornate festive o prefestive 3) Programma giornaliero delle dimissioni relative ai successivi tre gg
TARGET 2014		1) Almeno l'80% delle dimissioni dei pz entro le ore 10 2) Incremento del 20% rispetto Anno 2013 3) Compilazione scheda fornita dalla OMO. Monitoraggio sulla compilazione della scheda da parte della OMO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.C. Medicina Gallino:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 = 0% dimissioni entro le ore 10 (Med Interna, Med Riab Gallino, Med Riab Colletta). 2) Medicina Interna Anno 2013= 7,07% Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 7,31% (atteso 8,48%) - Medicina Riab Gallino 8% (atteso 7,92) - Medicina Riab Colletta 19,53 (atteso 24,78%). 3) Non rispettato l'obiettivo di inoltro della "scheda piano dimissioni" con cadenza quotidiana; non rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi da due strutture su tre (Rispettata da Medicina Riab Colletta). Complessivamente l'obiettivo di Ottimizzazione delle procedure di ricovero può intendersi raggiunto al 20% Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Medicina Micone:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 =25,17% dimissioni entro le ore 10. 2) Anno 2013= 10,47% Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 17,76% (atteso 12,56%). 3) Inoltro della "scheda piano dimissioni" non sempre con cadenza quotidiana; rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Medicina Villa Scassi:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 =81,05% Medicina 9/2 e 81,93 Medicina 9/3 dimissioni entro le ore 10. 2) Anno 2013= 14,63% Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 15,07% (atteso 17,5%). 3) Inoltro della "scheda piano dimissioni" non sempre con cadenza quotidiana; rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Origine	Ottimizzazione procedure di dimissioni (tutte le SC)
INDICATORE		1) % dimissioni effettuate entro le ore 10/ totale pz dimessi 2) Nr pz dimessi in giornate festive o prefestive 3) Programma giornaliero delle dimissioni relative ai successivi tre gg
TARGET 2014		1) Almeno l'80% delle dimissioni dei pz entro le ore 10 2) Incremento del 20% rispetto Anno 2013 3) Compilazione scheda fornita dalla OMO. Monitoraggio sulla compilazione della scheda da parte della OMO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.C. Pneumologia:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 = Pneumologia Villa Scassi 54,50% dimissioni entro le ore 10 Pneumologia Riabilitativa 80,86% dimissioni entro le ore 10 2) Pneumologia Villa Scassi Anno 2013= 6,36% Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)=6,97% (atteso 7,63) Pneumologia Riabilitativa Anno 2013=11,33%. Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 10,71 (atteso 13,59). 3) Inoltro della "scheda piano dimissioni" non sempre con cadenza quotidiana; rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 = 98,62% dimissioni entro le ore 10. 2) Anno 2013= 6,48%. Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 8,02% (atteso 7,77%). 3) Rispettato l'obiettivo di inoltro della "scheda piano dimissioni" con cadenza quotidiana; Rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Neurologia:</u> 1) periodo maggio 2014-febbraio 2015 = 85,44% dimissioni entro le ore 10. 2) Anno 2013= 18,79% Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 28,63% (atteso 22,54). 3) Inoltro della "scheda piano dimissioni" non sempre con cadenza quotidiana; rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Urologia:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 = 97,03% dimissioni entro le ore 10. 2) Anno 2013= 19,34%. Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 24,51% (atteso 23,2%). 3) Inoltro della "scheda piano dimissioni" non sempre con cadenza quotidiana; rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Origine	Ottimizzazione procedure di dimissioni (tutte le SC)
INDICATORE		1) % dimissioni effettuate entro le ore 10/ totale pz dimessi 2) Nr pz dimessi in giornate festive o prefestive 3) Programma giornaliero delle dimissioni relative ai successivi tre gg
TARGET 2014		1) Almeno l'80% delle dimissioni dei pz entro le ore 10 2) Incremento del 20% rispetto Anno 2013 3) Compilazione scheda fornita dalla DMO. Monitoraggio sulla compilazione della scheda da parte della DMO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.C. Oculistica:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 = 93,38% dimissioni entro le ore 10. Obiettivo raggiunto ☺ 2) Anno 2013 = 10,48% Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 18,75%. Obiettivo raggiunto ☺ 3) Non rispettato l'obiettivo di inoltro della "scheda piano dimissioni" con cadenza quotidiana; rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. O.R.L.:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 = 97,6% dimissioni entro le ore 10. 2) Anno 2013= 22,23%. Anno 2014 (periodo maggio/ dicembre)=25% (atteso 26,67) 3) Rispettato l'obiettivo di inoltro della "scheda piano dimissioni" con cadenza quotidiana rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Medicina d'Urgenza:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 = 94,94% dimissioni entro le ore 10. 2) Anno 2013= 8,48% Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 7,45% 3) Rispettato l'obiettivo di inoltro della "scheda piano dimissioni" con cadenza quotidiana; rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Origine	Miglioramento performance struttura rispetto ad indicatori Anno 2013 (tutte le SC)
INDICATORE		Raggiungimento indicatori di attività monitorati
TARGET 2014		Diverso a seconda della Struttura Ospedaliera analizzata: avvicinamento agli standard liguri
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Vedi allegato n. 2 con gli indicatori di performance e punteggio sul raggiungimento obiettivo

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto/ Direttore Dip	Miglioramento della qualità della documentazione clinica: rispondenza ai requisiti della check list aziendale (tutte le SC)
INDICATORE		% documentazione completa
TARGET 2014		<p>il 75% della documentazione controllata risponde ai requisiti previsti dalla check list. Audit da parte della SC POU</p> <p><u>S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta</u>: Monitoraggio SC POU: 89,56 cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Chirurgia, S.S.D. Chirurgia d'urgenza</u>: Inserito Monitoraggio SC POU effettuato per SC Chirurgia Generale : 86,10 cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>SSD One Day e Week Surgery</u>: Monitoraggio SC POU: 92,85 cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Anestesia e Rianimazione</u>: Monitoraggio SC POU: 91,50% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Medicina d'Urgenza</u>: Monitoraggio SC POU: 75,10% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.S.D. Pronto Soccorso Villa Scassi/Sestri e OBI</u>: Non monitorato da SC POU. <u>S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica</u>: Monitoraggio SC POU: 75% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Medicina Gallina</u>: Monitoraggio SC POU: 83,01% cartelle Med Gen - 86,86% cartelle Med Riab corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Nefrologia</u>: Monitoraggio SC POU: 80% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Pneumologia</u>: Monitoraggio SC POU: 77,37% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione) per Pneumologia Villa Scassi - 91,10 cartelle corrette (su 24 cartelle a campione) per Pneumologia Colletta. <u>S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale</u>: Monitoraggio SC POU: 89,84 cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Chirurgia Vascolare</u>: Monitoraggio SC POU: 75,30 cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Urologia</u>: Monitoraggio SC POU: 85% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Neurologia</u>: Monitoraggio SC POU: Neurologia Sestri 86% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione) Neurologia Villa Scassi 80% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. Oculistica</u>: Monitoraggio SC POU: 77% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <u>S.C. O.R.L.</u>: Monitoraggio SC POU: 78% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione. <u>Direttore Dip. Spec. Mediche, Dip. Testa Collo, Dip. Emergenza Accettazione</u>: Obiettivo raggiunto ☺</p>
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto/ Direttore Dipartimento	Miglioramento della qualità della documentazione clinica: rispondenza ai requisiti della check list aziendale (tutte le SC)
INDICATORE		% documentazione completa
TARGET 2014		il 75% della documentazione controllata risponde ai requisiti previsti dalla check list. Audit da parte della SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<i>S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi:</i> Monitoraggio SC POU: 68,50% cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <i>S.C. Ortopedia e SSD Chirurgia del Piede:</i> Monitoraggio SC POU: 64,80 cartelle corrette (su 24 cartelle a campione). <i>S.C. Medicina Micone:</i> Monitoraggio SC POU: 60% cartelle corrette (su 19 cartelle a campione). <i>S.C. Medicina Villa Scassi:</i> Monitoraggio SC POU: 62,29% cartelle corrette (su 26 cartelle a campione). <i>Direttore Dip. Chirurgie, Dip. Spec. Chirurgie, Dip. Medicina: Obiettivo porz. raggiunto ☺</i> <i>S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio:</i> Monitoraggio SC POU: 50% cartelle corrette (su 21 cartelle a campione). <i>Obiettivo non raggiunto ☹</i>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto "Verso una sanità che si prende cura" (tutte le SC)
INDICATORE		Attivazione, a livello dipartimentale, di azioni di miglioramento dell'accoglienza del cliente esterno e/o interno sulla base di quanto emerso dai Focus group realizzati nell'anno 2013.
TARGET 2014		Entro 30/6/2014: Attivazione dell'azione individuata e definizione degli strumenti per la valutazione della ricaduta Entro 31/12/2014: Attivazione del processo di valutazione della ricaduta attraverso gli strumenti individuati (questionari rivolti all'utenza o agli operatori, focus group rivolti all'utenza o agli operatori, analisi reclami, ecc.) Relazione Staff OS
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Staff DS: tutte le strutture aziendali chiamate a collaborare hanno risposto positivamente apportando il loro contributo specifico. <i>Obiettivo raggiunto ☺</i>

AREA: A7		<i>Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni</i>
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Miglioramento della compilazione check list operatoria (SC Anestesia e Rianimazione)
INDICATORE		Nr schede di controllo strumenti/conta garze compilate
TARGET 2014		100% delle schede correttamente compilate Relazione POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: Villa Scassi 100% schede compilate. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Progetto di mappatura delle competenze all'interno della Struttura Complessa (tutte le SC)
INDICATORE		1) Incontro informativo di presentazione del progetto. 2) Scheda di mappature compilata per il profilo di: Infermiere Professionale, Podologo, Tecnico di Radiologia, Ostetrica, Tecnico di Anatomia Patologica/Tecnico di Laboratorio
TARGET 2014		Entro il 31/10 convocazione incontro e redazione verbale Entro il 31/12 presentazione scheda di mappatura compilata
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: 1) effettuati incontri entro i termini previsti 2) evidenza scheda di mappatura compilata per il profilo professionale richiesto. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (tutte le SC)
INDICATORE		1) Partecipazione corso FAD 2) Indicazione di nr.1 Best Practice per profilo professionale
TARGET 2014		1) Entro il 31/12 partecipazione 80% del personale al corso FAD 2) Entro il 31/12 individuazione nr.1 Best Practice per profilo professionale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: 1) Entro i termini previsti effettuato corso FAD dall'80% del personale 2) Evidenza verbale con riepilogo Best Practice individuate per profilo professionale. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Monitoraggio delle infezioni ospedaliere nei pazienti sottoposti, durante il ricovero, a cateterismo vescicale a permanenza. (tutte le SC)
INDICATORE		Nr schede compilate. Rispetto tempistica inserimento informatico schede. N° pazienti osservati/Tot. Paz. Ric.
TARGET 2014		Riduzione 0.5 % infezioni rispetto a standard aziendale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio, S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi:</u> Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate 0 % infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. <u>S.C. Medicina Micone:</u> Monitoraggio maggio-novembre 2014 100% cartelle compilate.% infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre <u>S.C. Pneumologia:</u> Monitoraggio maggio-novembre 2014 100% cartelle compilate 0% infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre Pneumologia /Pneumologia Riabilitativa <u>S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale:</u> Incidenza LDP RRF= 0,90% (3/332) Riab Neuromotoria= 0% (0/217). <u>S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica:</u> Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate 0 % infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Ortopedia:</u> Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate 0 % infezioni rilevate maggio 13,3% Ortopedia 4/1 0% Ortopedia 4/3 infezioni rilevate novembre. <u>S.C. Medicina Gallino:</u> Monitoraggio maggio-novembre 2014 Ospedale Gallino: 100% cartelle compilate 7,69% infezioni rilevate maggio 9,52% infezioni rilevate novembre. Ospedale La Colletta: 100% cartelle compilate 0% infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. <u>S.C. Medicina Villa Scassi:</u> Monitoraggio maggio-novembre 2014 100% cartelle compilate Medicina 9/2 0% infezioni rilevate maggio 7,14% infezioni rilevate novembre Medicina 9/3 0% infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. <u>S.C. Neurologia:</u> Monitoraggio maggio-novembre 2014 Neurologia Villa Scassi: 100% cartelle compilate 11,54% infezioni rilevate maggio 5,88% infezioni rilevate novembre Neurologia Micone: 100% cartelle compilate 0% infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Medicina d'Urgenza:</u> Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate 10 % infezioni rilevate maggio 10% infezioni rilevate novembre. Obiettivo non raggiunto ☹</p>

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza	Ottimizzazione procedure di dimissioni (SSCC Cardiologie)
INDICATORE		1) Programma giornaliero delle dimissioni relative ai successivi tre gg 2) % dimissioni effettuate entro le ore 10/ totale pz dimessi 3) Nr pz dimessi in giornate festive o prefestive
TARGET 2014		1) Compilazione scheda fornita dalla DMO. Monitoraggio sulla compilazione della scheda da parte della DMO 2) Almeno il 50% delle dimissioni dei pz entro le ore 10 (escluso UTIC) 3) Incremento del 20% rispetto Anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 = 65,63% dimissioni entro le ore 10. 2) Anno 2013= 11,65% Anno 2014 (periodo maggio/ dicembre)= 13,27% (atteso 13,98). 3) Inoltro della "scheda piano dimissioni" non sempre con cadenza quotidiana; rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi:</u> 1) Periodo maggio 2014-febbraio 2015 = 49,50% dimissioni entro le ore 10. 2) Anno 2013= 16,85% Anno 2014 (periodo maggio/dicembre)= 20,1% (atteso 20,22). 3) Inoltro della "scheda piano dimissioni" non sempre con cadenza quotidiana; rispettata la programmazione delle dimissioni nei tre gg successivi. Obiettivo parzialmente raggiunto ☹</p> <p><u>S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta:</u> Il processo di inserimento in lista per il ricovero e la dimissione di un reparto di riabilitazione cardiologica segue meccanismi radicalmente diversi dai reparti per acuti. Il programma riabilitativo è individualizzato e di durata variabile. E' prassi quindi che il paziente venga definito potenzialmente dimissibile ma che, in alcuni casi, si sfrutti la eventuale disponibilità di posto letto per effettuare qualche trattamento supplementare fino a quando possibile, senza con questo provocare intralcio alla cardiocirurgia e blocco degli interventi. Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
DBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Dbiettivo operativo	Dirigenza/ Direttore Dipartimenti	Riassetto attività alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Produzione regionale attesa per medico) (S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletto Gollino e Territorio, S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi, SSCC Medicine, SC Neurologia, SC DRL, Direttore Dip. Medicina e Direttore Dip. Testa Collo, Direttore Dip. Spec. Mediche)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione. Incremento produzione a medico
TARGET 2014		<p>Entro 30/04 presentazione progetto. Report CCD sull'andamento della produzione</p> <ul style="list-style-type: none"> - S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio, S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi: Incremento produzione annua/medico attesa pari a € 500.000. - SS.CC. Medicine Incremento produzione annua/medico - S.C. Pneumologia Mantenimento produzione annua/medico - S.C. Neurologia Messa a disposizione di 4 unità medico. Produzione medico annuo attesa pari a € 450.000.) - S.C. ORL Produzione medico annuo attesa pari a € 400.000
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.C. Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio, S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi:</u> Report Gruppo Regionale di Controllo periodo gennaio settembre 2014: proiezione produzione annua Cardiologia ASL 3= € 601.144. <u>S.C. Neurologia:</u> Entro 30/4 presentato proposta operativa da parte del Direttore SC finalizzata all'incremento dell'attività con previsione di riduzione di 4 unità medico. Report Gruppo Regionale di Controllo Definitivo Anno 2013= € 333.201; proiezione annua periodo gennaio settembre 2014= € 357.637. <u>S.C. O.R.L.:</u> Report Gruppo Regionale di Controllo Definitivo Anno 2013= € 263.231; proiezione annua periodo gennaio settembre 2014= € 283.552. <u>Direttore Dip. Testa Collo:</u> Tutte le Strutture del Dipartimento hanno presentato progetto. Dbiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>SS.CC. Medicine:</u> Secondo la nuova metodologia di calcolo adottata dal Gruppo Regionale di Controllo, il valore medio per il periodo gennaio settembre 2014 delle Medicine Interne ASL 3 sarebbe pari a = € 207.775 a fronte di un valore per l'anno 2013 pari a € 208.009. In considerazione del processo di riorganizzazione del Dipartimento nel corso del 2014. <u>S.C. Pneumologia:</u> Report Gruppo Regionale di Controllo Definitivo Anno 2013= € 459.813; proiezione annua periodo gennaio settembre 2014= € 422.762. <u>Direttore Dip. Medicina, Direttore Dip. Specialità Mediche:</u> in considerazione delle diverse valutazioni ottenute dalle Strutture. Dbiettivo parz. raggiunto ☺</p>

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Studio di incidenza delle infezioni ospedaliere nei pazienti con ferita chirurgica (tutte le SC)
INDICATORE		Riduzione 0.5 % infezioni rispetto a standard aziendale
TARGET 2014		Riduzione % infezioni rispetto a standard aziendale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.C. Chirurgia</u>: Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate 3,77% infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. Obiettiva raggiunta ☺</p> <p><u>S.S.D. One Day e Week Surgery</u>: Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate 0% infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. Obiettiva raggiunta ☺</p> <p><u>S.C. Ortopedia</u>: Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate 0% infezioni rilevate maggio 6,66% Ortopedia 4/1 2,08% Ortopedia 4/3 infezioni rilevate novembre. Obiettiva parz. raggiunta ☺</p> <p><u>S.C. Chirurgia Vascolare</u>: Monitoraggio maggio-novembre 2014: 0 infezioni rilevate. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Urologia</u>: Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate 0% infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. Obiettiva raggiunta ☺</p> <p><u>S.C. O.R.L.</u>: Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate 0% infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. Obiettiva raggiunta ☺</p>
Obiettivo operativo	Comparto	Adozione protocollo "Rieducazione del paziente finalizzata all'acquisizione di maggiore autonomia post intervento cardiocirurgico". (S.S.D. Cordialagia Riabilitativa Colletta - Arenzono)
INDICATORE		Esistenza protocollo. Adozione schede terapia. Nr pazienti trattati secondo procedura/Tot pazienti ammessi post intervento
TARGET 2014		Entro 30/4 adozione protocollo. Entro 31/12 schede terapia 100% compilate
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU - Protocollo adottato- schede terapia compilate 100%. Obiettivo raggiunta ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Direttore Dipartimento	Riconduzione dell'offerta ambulatoriale nell'area medica, in collaborazione con il Direttore POU, Dip. Spec. Mediche, Dip. Medicina e SC Cure Primarie, alle branche specialistiche presenti in Azienda (<i>Direttore Dip. Cardiologia, Dip. Medicina, Dip. Spec. Mediche</i>)
INDICATORE		Evidenza protocollo condiviso con le strutture regionali pubbliche e private di riabilitazione cardiologica e con le analoghe strutture cardiocirurgiche e riabilitative delle regioni confinanti
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto con evidenza di chiusura degli ambulatori non afferenti alle branche specialistiche ospedaliere
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con nota 63211 del 6/5 il Direttore SC Cure Primarie ha prodotto il documento in oggetto; in data 20/5 presso la DMO di Villa Scassi si è tenuto un incontro per il perfezionamento del progetto attuativo. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Garantire le endoscopie in urgenza (SC Chirurgia, SC Medicina Villa Scassi)
INDICATORE		Attivazione pronta disponibilità di concerto con Endoscopia Gallino e Gastroenterologia Villa Scassi
TARGET 2014		Da 1/4 attivazione P.D. con modalità concordate con SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		S.C. Chirurgia e S.C. Medicina Villa Scassi: Relazione Direttore SC POU Nota ID nr 65555 del 14/05/2014 individuazione organico ed organizzazione turni come previsto da POU. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Incremento attività day surgery c/o Ospedale Gallino (SSD Chirurgia del Piede)
INDICATORE		Nr sedute settimanali attivate
TARGET 2014		1 seduta settimanale con almeno 5/6 interventi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: 1 seduta settimanale solo nei mesi di giugno, settembre, ottobre, novembre con 5 interventi solo nel mese di novembre) : 8,33% In considerazioni delle difficoltà logistiche. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza	Riassetto attività chirurgica alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Produzione regionale attesa per medico) (S.C. Chirurgia, S.S.O. Day e Week Surgery, SC Chirurgia Vascolare, S.C. Urologia e SC Oculistica)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione. Incremento produzione a medico
TARGET 2014		<p>1) Entro 30/04 presentazione progetto. Report CCO sull'andamento della produzione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - S.C. Chirurgia, S.S.D. Day e Week Surgery, S.C. Chirurgia Vascolare Produzione medico annuo attesa pari a € 800.000. - S.C. Urologia Produzione medico annuo attesa pari a € 830.000. - S.C. Oculistica Produzione medico annuo attesa pari a € 950.000.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.C. Chirurgia, S.S.D. Day e Week Surgery:</u> Pervenuta nota responsabile SS0. Report Gruppo Regionale di Controllo periodo gennaio settembre 2014: proiezione produzione annua Chirurgie ASL 3= € 638.000. Miglioramento rispetto all'anno 2013, in considerazione del processo di riorganizzazione del Dipartimento nel corso del 2014. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Chirurgia Vascolare:</u> Secondo la nuova metodologia di calcolo adottata dal Gruppo Regionale di Controllo, la produzione per medico per il periodo gennaio settembre 2014 sarebbe pari a =€ 625.441 a fronte di un valore per l'anno 2013 pari a € 581.369. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Urologia:</u> Report Gruppo Regionale di Controllo Definitivo Anno 2013= € 648.982; : proiezione produzione annua periodo gennaio settembre 2014= € 536.520. Obiettivo non raggiunto ☹</p> <p><u>S.C. Oculistica:</u> Entro 30/4 presentate proposte operative da parte del Direttore Dip. e Direttore SC finalizzate all'omogeneizzazione attività ortottiste. Secondo la nuova metodologia di calcolo adottata dal Gruppo Regionale di Controllo, la produzione per medico per il periodo gennaio settembre 2014 sarebbe pari a € 241.350 a fronte di un valore per l'anno 2013 pari a € 226.846. Obiettivo raggiunto ☺</p>



Obiettivo operativo	Dirigenza	Riassetto attività ortopedica alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Produzione regionale attesa per medico) (S.C. Ortopedia)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione. Incremento produzione a medico
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto. Produzione medico annuo attesa pari a €. 1.100.000. Report CCD sull'andamento della produzione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Pervenuta nota Direttore SC con motivazioni mancato riassetto attività. Secondo la nuova metodologia di calcolo adottata dal Gruppo Regionale di Controllo, il valore medio per il periodo gennaio settembre 2014 sarebbe pari a € 768.000 a fronte di un valore per l'anno 2013 pari a € 755.000 Obiettivo Raggiunto anche in considerazione del processo di riorganizzazione del Dipartimento nel corso del 2014. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Garantire % DRG chirurgici (SSD Chirurgia d'urgenza)
INDICATORE		% DRG Chirurgici
TARGET 2014		95% (dato da rivalutare a tre mesi dalla partenza dei protocolli)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		93% Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Degenza preoperatoria (SSO Chirurgia d'urgenza)
INDICATORE		gg degenza preoperatoria
TARGET 2014		0,9 gg (dato da rivalutare a tre mesi dalla partenza dei protocolli)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1 giorno. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto/ Direttore Dipartimento	Individuazione, di concerto con SSD Chirurgia d'Urgenza, SSD Pronto Soccorso e OBI, Sc Anestesia, SC POU di un protocollo che individui: tempistica, patologie, criteri di presa in carico del pz nel circuito della chirurgia d'urgenza. (SC Chirurgia, SSO Chirurgia d'urgenza, SSO Pronto Soccorso e OBI, SC Anestesia, SC POU, Direttore Dip. Chirurgie)
INDICATORE		Evidenza protocollo e applicazione
TARGET 2014		Entro 31/3 evidenza protocollo. Da 1/4 applicazione protocollo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC POU: entro 31/3 adottato protocollo; avviata sperimentazione tra aprile e maggio; quindi formalizzato ufficialmente. Obiettivo raggiunto ☺

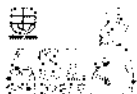
AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
DBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto/ Direttore Dipartimento	Riassetto attività ambulatoriale alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Fatturato Atteso = €. 100.000 per medico completamente dedicato all'ambulatorio) con conseguente riassetto dell'offerta (S.S.D. Chirurgia del Piede, SC Neonatologia, Direttore Dip. Materno Infantile, SC Reumatologia, S.S.D. Endocrinologia, diob. e mol.metob)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto elaborato in collaborazione con Direttore di SSCC. Da 1/6 applicazione nuova offerta ambulatoriale. Report CCD sull'andamento della produzione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>S.S.D. Chirurgia del Piede:</u> Inviata email da Resp SSD con carichi lavoro personale medico per att amb =80% di 1 unità medica. Report CCD: Attività ambulatoriale reparto Anno 2013= € 89.042,37 Anno 2014= € 83.124,26 (80% unità medica; al 100% =€ 104.000). Dedicato 0,80 unità di personale che ha prodotto oltre €. 100.000. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Neonatologia:</u> Predisposto piano entro termini previsti e presentato al personale in data 14.05.2014 (vedi nota Direttore SC); elaborate agende CUP con indicazione priorità e agende ARP con prenotazione interna con possibilità di ricircolo con priorità per casi urgenti. Tabella con evidenza offerta. Produzione amb totale: Anno 2013= € 108.184 Anno 2014= € 114.746. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche:</u> Anno 2013= € 736.143/10=73.600 a medico Anno 2014= € 674.448/9=74.939 a medico. In considerazione dell'aumento della produzione per medico. Obiettivo parz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Reumatologia:</u> periodo gennaio giugno 2014: € 47.914 x medico; periodo gennaio giugno 2013 € 45.221 x medico (in considerazione della varia tipologia attività dal 2° sem 2014). Obiettivo parz. raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Comparto	Sperimentazione scheda "Documentazione attività D.S.S." (SC Chirurgia, S.S.D. Day e Week Surgery, SC Ortopedia, SC Urologia, SC Chirurgia Vascolare)
INDICATORE		Evidenza procedura. Nr schede compilate
TARGET 2014		Evidenza incontri formativi/informativi con equipe e relativo verbale. Adozione scheda compilata secondo le modalità concordate al 90% dei pazienti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: scheda OSS compilata per ogni paziente ricoverato= 100% pazienti. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		<i>Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni</i>
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Utilizza scheda "Manitaraggia CVP." (SC Chirurgia, S.S.O. Day e Week Surgery, SC Chirurgia Vascolare)
INDICATORE		Evidenza procedura. Nr schede compilate
TARGET 2014		Evidenza incontri formativi/informativi con equipe e relativo verbale. Adozione scheda compilata secondo le modalità concordate al 90% dei pazienti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: monitoraggio effettuato due volte l'anno per la durata di un mese per rilevazione. Le schede sono state compilate per ogni pz applicato il CVP, per cui la percentuale è verosimilmente del 100%. Obiettiva raggiunta ☺
Obiettivo operativa	Comparto	Riassetto attività ambulatoriale alla luce della metadologia di analisi del gruppo regionale (Fatturata Attesa = €. 30.000 per podologa completamente dedicato all'ambulatoria) con conseguente riassetto dell'offerta (S.S.O. Chirurgia del Piede)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto elaborato in collaborazione con Direttore di SSCC. Da 1/6 applicazione nuova offerta ambulatoriale. Report CCD sull'andamento della produzione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Non pervenuto progetto entro i termini previsti; inviata email da Resp SSD con carichi lavoro solo personale medico per att amb. Report CCD: Attività ambulatoriale reparto Anno 2013= € 89.042,37 Anno 2014= € 83.124,26. Presenti nr 2 unità di pers podologo in affiancamento al medico. Obiettiva parzialmente raggiunta ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Applicazione procedura aziendale "Ospedale senza dolore" (SC Anestesia e Rianimazione)
INDICATORE		Nr pazienti trattati secondo protocollo
TARGET 2014		Controllo a campione su 50 cartelle di pazienti sottoposti a intervento chirurgico: terapia antalgica prescritta e somministrata come da protocollo nel 95% del campione. Fonte: foglio unico di terapia confrontato con procedura
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: Villa Scassi 100% pazienti con prescrizione terapia antalgica. Obiettiva raggiunta ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Direttore Dipartimento	Riassetto attività chirurgica e ortopedica e del dipartimento attività alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Produzione regionale attesa per medico). (Direttore Oip. Chirurgie, Direttore Oip. Spec. Chirurgiche e Direttore Oip. Patologia clinico)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione. Incremento produzione a medico
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto. Produzione medico annuo attesa per le diverse SSCC appartenenti al Oipartimento. Report CCO sull'andamento della produzione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>Direttore Dip. Chirurgie e Specialità Chirurgiche:</u> Obiettivo da intendersi raggiunto in quanto in miglioramento rispetto all'anno 2013 ed in considerazione del processo di riorganizzazione del Oipartimento nel corso del 2014. Obiettivo porz. raggiunto ☺ <u>Direttore Dip. Patologia Clinica:</u> Produzione medico Annuo Laboratorio Analisi: Anno 2013= € 850.438 Anno 2014= € 993.494. Immunotrasfusionale: Anno 2013= € 229.597 Anno 2014= € 232.057. Anatomia Patologica (somma strutture): Anno 2013= € 178.616 Anno 2014= € 192.306. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Direttore Dipartimento	Riassetto attività sale operatorie alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Dotazione anestesisti in rapporto all'attività chirurgica) (S.C. Anestesia e Rionimolazione) e Riassetto attività del Dipartimento alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Dotazione anestesisti in rapporto all'attività chirurgica) (Dotazione medici PS/DEA) (Direttore Oip. Emergenzo)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione. Nr medici anestesisti pari allo standard regionale
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto. Nr anestesisti in linea con lo standard regionale. Report CCD sull'andamento della produzione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Non presentato progetto entro 30/4. Report Gruppo Regionale di Controllo: Nr medici in linea con standard regionale= -2,86 unità mediche (monitoraggio gennaio settembre 2014). Obiettivo porz. raggiunto ☺

AREA: A7		<i>Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni</i>
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Valutazione del dolore nel pz all'uscita dalla sala operatoria (SC Anestesia e Rianimazione)
INDICATORE		Rispetto tempistica di aggiornamento/elaborazione scheda. Nr schede compilate
TARGET 2014		80% delle schede correttamente compilate
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: Villa Scassi 100% schede correttamente compilate. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Miglioramento tracciabilità del processo di sterilizzazione strumentario e materiale di sala operatoria (SC Anestesia e Rianimazione)
INDICATORE		Elaborazione procedura
TARGET 2014		Entro 30/6 elaborazione procedura. Da 1/9 applicazione procedura in tutte le sale operatorie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: in relazione al suddetto obiettivo ci si avvale dell'inserimento di un attestato di tracciabilità riguardante la decontaminazione e il lavaggio dello strumentario chirurgico, osservato e messo in pratica dai Blocchi Operatori di ASL3 Genovese ad implementare la procedura già esistente: "il processo di ricondizionamento e sterilizzazione a vapore dei dispositivi medici riutilizzabili "codice: (gen-ds-il-sterilizzazione a vapore) reperibile in INTRANET. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Individuazione di bundle per la prevenzione della Ventilazione Polmonare Assistita (VAP) in terapia intensiva (SC Anestesia e Rianimazione)
INDICATORE		Elaborazione procedura
TARGET 2014		Entro 30/6 elaborazione procedura. Da 1/9 adozione protocollo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC: adozione protocollo e pubblicazione traduzione della linea guida Agency for Healthcare Research and Quality Marzo 2013. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Implementazione ed applicazione delle procedure aziendali di "prevenzione delle lesioni da pressione (LDP)" e "trattamento delle lesioni da pressione LDP" (SC Anestesia e Rianimazione e SSCC Medicina Interne, SC Recupero e Riabilitazione Funzionale, SC Neurologia)
INDICATORE		Nr casi/Tot pazienti ricoverati
TARGET 2014		Riduzione 0.5 % lesioni rispetto a standard aziendale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Medicina Gallino</u> : Incidenza LDP Medicina Generale= 4,98% (42/843) Medicina Riabilitativa Gallino=0,46%(1/217) Medicina Riabilitativa Colletta=1,88% (4/213). Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C. Medicina Micone</u> : Incidenza LDP = 1,31 (11/842). Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C. Medicina Villa Scassi</u> : Incidenza LDP Medicina 9/2 = 4,72% (44/933) Medicina 9/3 =2,47% (20/810) Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C. Pneumologia</u> : Incidenza LDP Pneumologia=2,47% (16/648) Pneumologia Riabilitativa =0,90%(3/334). Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C. Neurologia</u> : Incidenza LDP Neurologia Villa Scassi 0,97 (5/517) Neurologia Micone 0,19 (1/537). Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C. Anestesia e Rianimazione</u> : Area Intensiva = 5% Area Subintensiva= 1,92%. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Studio di incidenza delle infezioni ospedaliere nei pazienti sottoposti, durante il ricovero, a cateterismo venoso centrale. (SC Anestesia e Rianimazione)
INDICATORE		Rispetto tempistica inserimento informatico schede. N° pazienti osservati/Tot. Paz. Ric.
TARGET 2014		Riduzione 0.5 % infezioni rispetto a standard aziendale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Monitoraggio maggio-novembre 2014: 100% cartelle compilate. 0 % infezioni rilevate maggio 0% infezioni rilevate novembre. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Informatizzazione cartella Rianimazione (SC Anestesia e Rianimazione)
INDICATORE		Rispetto tempistica inserimento cartelle. Nr cartelle compilate/Nr pazienti ricoverati in rianimazione
TARGET 2014		100% cartelle compilate
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: Villa Scassi 100% - da luglio utilizzo esclusivo della cartella informatica (nr 103 ricoveri). Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Direttore Dipartimento	Individuazione dei criteri di accesso al reparto di degenza breve che consentano la riduzione della degenza media (S.C. Medicina d'Urgenza e Direttore Oip. Emergenzo)
INDICATORE		Evidenza elaborato. Oegenza media reparto "degenza breve"
TARGET 2014		Entro 30/4 elaborazione progetto. Al 31/12 Oegenza media < 5 gg per reparto "degenza breve"
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Obiettivo Raggiunto al 30% in considerazione che il protocollo sui criteri di accesso è stato licenziato con nota della OMO del 28/11/2014 n. 4005313, e che è stato reso operativo in via sperimentale da dicembre 2014. Oegenza media al 31/12/2014 = 12,21. Obiettivo parz. raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Riduzione cadute (SC Medicina d'urgenza)
INDICATORE		% di incidenza
TARGET 2014		% = 4,0
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1° semestre Anno 2014=9,14% 2° semestre Anno 2014=5,18%. Obiettivo non raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Comparto	Miglioramento processo dimissioni protette (SC Medicina d'urgenza)
INDICATORE		Compilazione scheda aged plus
TARGET 2014		compilazione 100% schede
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		UVGO applicata scheda aged sul 100% dei Pz segnalati. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Studio di incidenza delle infezioni ospedaliere sul sito di prelievo cutaneo (SC Centro Grandi Ustionoti)
INDICATORE		Rispetto tempistica inserimento informatico schede N° pazienti osservati/Tot. Paz. Ric.
TARGET 2014		Riduzione 0.5 % infezioni rispetto a standard aziendale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Ricoveri totali=181 di cui pz chir = 128; pz con autoinnesti = 84; schede compilate = 84; Inf. zona donatrice = 6 (7,14%) (Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: % entro lo standard aziendale). Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Efficiente gestione della sepsi per la qualità del risultato del paziente (SC Centro Grandi Ustianati, S.S.D. Pranta Saccarsa Villa Scassi/Sestri e Osservazione Breve Intensiva)
INDICATORE		Esistenza protocollo. Applicazione al 100% dei casi
TARGET 2014		Entro 30/4 Elaborazione/aggiornamento protocollo. Dal 1/6 applicazione procedura
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Revisione procedura isolamento pazienti con KP elaborata entro il 30/4 e pubblicata il 15/05. Obiettiva raggiunta ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Miglioramento appropriatezza nell'assegnazione codici triage in confronto con dati SIMEU relativamente ai codici gialli (S.S.D. Pranta Saccarsa Villa Scassi/Sestri e Osservazione Breve Intensiva)
INDICATORE		Differenza di % tra codice assegnato al triage e codice assegnato alla dimissione
TARGET 2014		Sestri = 80% Villa Scassi = 80%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Sestri = 68% Villa Scassi = 71% Obiettiva non raggiunta ☹
Obiettivo operativo	Comparto	Implementazione delle procedure di riabilitazione del pavimento pelvico tra strutture multidisciplinari (SC Ostetricia Ginecalogia)
INDICATORE		Elaborazione/condivisione procedure
TARGET 2014		Entro il 30/6/2014 Presentazione procedura e percorso operativo comune
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC: istituito ambulatorio di Uroginecologia da giugno 2014. L'ambulatorio prende in carico le donne affette da Prolasso Genitale, Incontinenza Urinaria, Incontinenza Anale, defecazione ostruita, vaginismo e sindrome del dolore pelvico cronico. Organizzato iter diagnostico e terapeutico multidisciplinare in collaborazione con S.C.Chirurgia Generale, S.C. Urologia, Ambulatorio riab pavimento pelvico pad 8. Dal 17 Giugno 2014 al 31 Dicembre 2014, presso la S.C. di Ginecologia e Ostetricia Pad 7, sono state eseguite n°37 visite uroginecologiche e 37 ecografie translabiali/transperineali. Obiettivo raggiunta ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Ospedale senza dolore: analgesia del parto e controllo del dolore post operatorio (SC Ostetricia Ginecologia)
INDICATORE		Elaborazione scheda di valutazione del dolore. Compilazione scheda
TARGET 2014		Entro il 30/4 elaborazione scheda di valutazione del dolore della paziente. Compilazione scheda
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: Villa Scassi compilazione 95% schede. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Neonati sani (SC Neonotologia)
INDICATORE		% totale nati
TARGET 2014		>= 92%. Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Anno 2014 Media SC =81% Neonatologia= 83% Patologia Neonatale=64% Obiettivo non raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Comparto	Questionario sulla qualità dell'assistenza ricevuta (SC Neonotologia)
INDICATORE		Nr questionari restituiti rispetto al nr mamme. Report finale
TARGET 2014		Distribuzione al 100% delle pazienti 100% questionari restituiti processati. Entro 30/1/2015 invio Direzione Sanitaria e CCO report di sintesi con risultati raggiunti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nell'anno 2014 presso la S. C. Neonatologia Villa Scassi sono nati 820 neonati; di questi 1 è nato morto e 24 sono stati trasferiti presso l' Istituto G. Gaslini per gravi patologie. Dei restanti 795 neonati, sono stati compilati 354 questionari (44,52 %). Il 30% dei neonati ha con entrambi i genitori extracomunitari che non sono in grado di compilare il questionario. In considerazione dell'incremento di questionari consegnati rispetto al 2013. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Incremento offerta endoscopica per pazienti esterni (SC Medicina Villo Scossi)
INDICATORE		Incremento Nr pz settimanali rispetto all'anno 2013
TARGET 2014		Apertura nuova agenda per 2 pm alla settimana. Almeno 10 pz alla settimana in più rispetto all'anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: attivata nuova agenda fino al mese di settembre. A seguito di dimissioni per pensionamento di dirigente medico e di attivazione della guardia attiva sino alle 20.00 non è stato possibile rispettare l'incremento richiesto. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativa	Dirigenza	Appropriatezza codifica DSA (SSO Oncologie e SC Reumatologia)
INDICATORE		Nr DSA Terapeutici/Nr DSA Totali
TARGET 2014		Almeno il 70% DSA Terapeutici
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>SSD Oncologia Sestri</u>: Anno 2014= DSA Terap=106 pari al 30,72% (Tot DSA=345). Obiettivo Raggiunto all'80% in considerazione della riapertura dei DH durante l'anno. Obiettivo parz. raggiunto ☺</p> <p><u>SSD Oncologia Villa Scassi</u>: Anno 2014 = DSA Terap= 224 pari al 42,99% (tot DSA=521). Obiettivo Raggiunto all'80% in considerazione della riapertura dei DH durante l'anno. Obiettivo parz. raggiunto ☺</p> <p><u>SC Reumatologia</u>: DSA Anno 2013= DSA Diagn Anno 2014= 792 di cui 708 Terapeutici pari al 90%. Obiettivo raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento della qualità della documentazione clinica: corretto inserimento pratiche DSA e prestazioni correlate (SSO Oncologie, SC Reumatologia, S.S.O. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche)
INDICATORE		% documentazione completa
TARGET 2014		100% della documentazione conforme
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>SSD Oncologia Sestri</u>: Relazione SC POU: Micone 100% Cartelle controllate contengono le impegnative relative agli esami. 100% dei dsa controllati sono stati inseriti su lsesweb e chiusi entro i termini corretti. Inviata lettera per consensi mancanti (atto medico, privacy, etc). Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>SSD Oncologia Villa Scassi</u>: Relazione SC POU: Villa Scassi 62%. Cartelle controllate contengono le impegnative relative agli esami. 100% dei dsa controllati sono stati inseriti su lsesweb e chiusi entro i termini corretti. Inviata lettera per consensi mancanti (atto medico, privacy, etc). Obiettivo parz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.S.O. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche</u>: Relazione SC POU: 100% documentazione conforme. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Reumatologia</u>: Relazione SC POU: 100% documentazione conforme. Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Direttore Dipartimento	Definizione di un modello organizzativo basato sull'intensità di cure che consenta appropriatezza e congruità delle prestazioni di ricovero (SSO Oncologie e Direttore Oip. Medicina)
INDICATORE		Elaborazione progetto dipartimentale
TARGET 2014		Entro 31/7 Utilizzo dei posti letto a livello dipartimentale per le Oncologie. Accorpamento Amb. Oncologia e Amb. Medicina Oncologia H. Sestri
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>SSD Oncologia Sestri e Direttore Dip. Medicine</u>: Relazione POU: Nel corso del 2014, il PROGETTO DI CENTRALIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ONCO-EMATOLOGICHE mediante integrazione tra attività erogate da SSD di Oncologia e SC di Medicina Generale ha avuto piena realizzazione:</p> <p>1) Integrazione dell'ambulatorio del dott. Bahaman Masoudi (ematologo) all'interno del DH Oncologico di Sestri (seconda metà del 2014)</p> <p>2) Utilizzo dei letti della Medicina Generale per tutti i pazienti dell'Oncologia che necessitano di ricovero ordinario, con attività integrata fra Internisti e Oncologi nella gestione clinica del paziente: nel corso del 2014 28 pazienti dell'oncologia sono stati ricoverati presso la Medicina Generale per un totale di 38 ricoveri. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>SSD Oncologia Villa Scassi</u>: Relazione Responsabile SSD: almeno 4 gg lavorativi su 5 un Oncologo ha effettuato attività di consulenza e di cogestione dei pazienti oncologici e ematologici presenti in Medicina. Riguardo alla attivazione di un canale preferenziale di ricovero per malati oncologici, questa ha trovato una difficoltà di attuazione formale, stante la cronica pressione di ricovero dal DEA, ma spesso è stato possibile avviare nei singoli casi a questa carenza, grazie anche al rapporto di collaborazione instauratosi con i reparti. Obiettivo raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Comparto	Revisione cartella infermieristica oncologica nelle strutture oncologiche del POU (SSO Oncologie)
INDICATORE		Nr pazienti trattati con chemioterapia/Nr schede compilate
TARGET 2014		Messa a regime
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>SSD Oncologia Sestri</u>: Relazione SC POU: 100% documentazione completata. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>SSD Oncologia Villa Scassi</u>: Relazione SC POU: 100% cartelle compilate. Relazione Coordinatore Inf: sono state compilate nr 427 cartelle infermieristiche, pari al 100% del totale, ed effettuate nr 844 rivalutazioni. Obiettivo raggiunto ☺</p>

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza	Applicazione di indicatori sull'utilizzo dei protocolli e sull'efficacia del trattamento di dialisi peritoneale ed extracorporea (SC Nefrologia)
INDICATORE		Kt/V (esprime il rapporto fra il volume depurato durante la seduta dialitica (K x t) e il valore di V nel singolo pz.; mette in relazione l'intensità della dialisi (Kt) con le dimensioni del pz.
TARGET 2014		Obiettivo per Dialisi Peritoneale: Kt/V > 1.7 nel 70% dei pazienti. Obiettivo per Emodialisi: Kt/V >= 1.2 nei pazienti cronici stabilizzati.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC: nell'80% dei pazienti in dialisi peritoneale il calcolo del Kt/V è risultato > 1.7; negli emodializzati cronici stabili il Kt/V è risultato > 1.2 (valore medio 1.3). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Attività assistenziale extra reparto a favore di pazienti ricoverati presso Terapie Intensive (Rian/Utic) (SC Nefrologia)
INDICATORE		Nr interventi eseguiti/Nr pazienti delle TTII che sviluppano insufficienza renale o patologia renale
TARGET 2014		Relazione SC POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC Professioni Infermieristiche: le prestazioni extrareparto del 2014 per la dialisi P.O. Villa Scassi per la Rianimazione sono state 183. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Progetto a favore del paziente afferente la degenza nefrologica avviato al percorso di pre dialisi. (SC Nefrologia)
INDICATORE		Nr pz ricoverati che iniziano trattamento sostitutivo renale
TARGET 2014		Consegna materiale informativo al 100% dei pazienti che iniziano trattamento sostitutivo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		A tutti i pazienti ricoverati presso la struttura, che a seguito della loro patologia devono iniziare un trattamento sostitutivo (emodialisi o dialisi peritoneale), viene consegnato del materiale informativo allo scopo di informarli sulla terapia che dovranno iniziare ad effettuare; il materiale si compone di brevi manuali sulle terapie e fogli illustrativi che comprendono anche schemi dietetici appropriati. Nel 2014 il numero di pazienti interessati da questa attività è stato di 27. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza	Uniformare l'accesso alle visite fisiatriche ambulatoriali. (S.C. <i>Recupero e Riabilitazione Funzionale</i>)
INDICATORE		Evidenza procedura aziendale di accesso e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 31/3 evidenza procedura aziendale con contestuale applicazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Inviata da Direttore SC nota ID 36327776 del 01/04/2014 con allegata Procedura e criteri attuativi. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riorganizzazione dell'attività : tempistica presa in carico pazienti. (S.C. <i>Recupero e Riabilitazione Funzionale</i>)
INDICATORE		Tempi di attesa dall'immissione in lista e primo ciclo di trattamento per pazienti con esito di frattura
TARGET 2014		Tempo di attesa < = 7 gg
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC: Polo Centro tempo attesa 2,7 gg; Via Pastorino 6 gg Polo Levante Via Maggio 3,3 gg, Via Struppa 5,1 gg Polo Ponente Fiumara 7,4 gg, Villa De Mari 5,6 gg. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riordino delle modalità accesso e di erogazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale (delibera 660 del 12/07/2012). (S.C. <i>Recupero e Riabilitazione Funzionale</i>)
INDICATORE		Nr percorsi riabilitativi inseriti a CUP. Evidenza indicatori per il monitoraggio dell'assistenza. Report per la valutazione dei risultati ottenuti
TARGET 2014		Entro 30/6 Inserimento a CUP 2 percorsi di offerta di patologia orientati. Da 1/10 completamento percorsi previsti da delibera 660/2012
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC: è stato portato a termine l'inserimento a CUP di tutti i percorsi riabilitativi secondo delibera 660/12. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Garantire la continuità assistenziale nella giornata di sabato al paziente che necessita di riabilitazione intensiva presso l'Osp La Colletta". (SC Pneumologia, SC Recupero e Riabilitazione Funzionale)
INDICATORE		1)Evidenza progetto e sua applicazione (SC Recupero e Riabilitazione Funzionale) 2)Evidenza protocollo per il pz pneumologico che necessita di riabilitazione intensiva. (SC Pneumologia, SC Recupero e Riabilitazione Funzionale)
TARGET 2014		1) Entro 30/4 presentazione progetto. Entro 1/6 implementazione attività riabilitativa dei fisioterapisti nella giornata di sabato con eventuale inserimento nei turni sabatali dei fisioterapisti territoriali. (SC Recupero e Riabilitazione Funzionale) 2) Entro 30/4 di concerto tra le due SSCC, protocollo, per il paziente pneumologico con l'individuazione di indicatori che definiscano l'offerta riabilitativa intensiva in base alla tipologia del paziente secondo le linee guida e le evidenze; da 1/6 applicazione del protocollo. nr. pz trattati nelle giornate di sabato rispetto all'anno 2013. (SC Pneumologia, SC Recupero e Riabilitazione Funzionale)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>SC Pneumologia</u> : Relazione Direttore SC: entro 30/4 effettuata presso il Reparto di Pneumologia Riabilitativa raccolta dati su tipologia pz, diagnosi, parametri vitali e riab e programma fisioterapico svolto. Applicato protocollo a nr 78 pz (ricoverati da maggio ad agosto) di cui 70 affetti da BPCO. Evidenziati punteggi ed esiti dell'indagine. Dalla raccolta dati svolta in un trimestre non ne è emersa la necessità clinica in base alla tipologia di utenza ricoverata e alle linee guida. Obiettivo raggiunto ☺ <u>SC Recupero e Riabilitazione Funzionale</u> : 1) Inviata da Direttore SC nota con previsione organizzativa della presenza dei fisioterapisti nel turno di sabato con calendario dei turni. 2) Relazione Direttore SC: entro 30/4 effettuata presso il Reparto di Pneumologia Riabilitativa raccolta dati su tipologia pz, diagnosi, parametri vitali e riab e programma fisioterapico svolto. Applicato protocollo a nr 78 pz (ricoverati da maggio ad agosto) di cui 70 affetti da BPCO. Evidenziati punteggi ed esiti dell'indagine. Dalla raccolta dati svolta in un trimestre non ne è emersa la necessità clinica in base alla tipologia di utenza ricoverata e alle linee guida. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Nuove modalità di gestione delle dimissioni fisioterapiche (SC Recupera e Riabilitazione Funzionale)
INDICATORE		Applicazione della documentazione di dimissione ai pazienti Nr pz con colloquio individuale alle dimissioni/totale pz dimessi
TARGET 2014		1DD% pazienti dimessi con documentazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Coordinatore: la compilazione della lettera di dimissione è ormai una procedura adottata da tutti i servizi per tutti i pazienti che eseguono ciclo di riabilitazione (con firma congiunta medico fisioterapista). Obiettiva raggiunta ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Appropriatezza codifica e rispetto tempistica chiusura DSA (S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche)
INDICATORE		% pratiche DSA chiuse nei tempi fissati
TARGET 2014		1DD% DSA chiusi entro i tempi previsti dalla normativa
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: Colletta non effettuati DSA Villa Scassi 1DD% (allegato 25). Obiettiva raggiunta ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza	Rivalutazione dei pz diabetici con inserimento nello Sportello polifunzionale del Piano di Autocontrollo (S.S.O. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche)
INDICATORE		Nr pz per i quali è stato inserito il piano di autocontrollo nello Sportello Polifunzionale
TARGET 2014		Incremento del 30% rispetto all'anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Responsabile SSD: Il modulo SPD (per la prescrizione dei presidi per pazienti diabetici) è partito nell'estate (luglio) del 2013 ed ha presentato un incremento geometrico in concomitanza con l'avvio delle procedure di sostituzione dei glucometri dopo l'espletamento della apposita gara regionale; tot assistiti presi in carico= 1D.352. Obiettiva raggiunta ☺
Obiettivo operativo	Direttore Dipartimento	Attuazione nuovo modello organizzativo della Sc Neuralgia alla luce di quanto previsto dall'atto aziendale (Direttore Dip. Testa Calla)
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Messa a disposizione di 4 unità di personale medico. Entro 30/9 applicazione nuova organizzazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore Dip: Evidenza nuova organizzazione. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
		Attuazione nuovo modello organizzativo delle SSCC del Dipartimento alla luce di quanto previsto dall'atto aziendale. (Direttore Dip. Specialità Mediche)
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 30/9 applicazione nuova organizzazione ad avvenuta ristrutturazione dei locali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Il Dipartimento Specialità Mediche ha lavorato di concerto con il Dip. Medicine al progetto di centralizzazione delle attività oncoematologiche. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Riassetto attività ambulatoriale alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale con conseguente riassetto dell'offerta (SC Oculistico)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto di omogeneizzazione dell'offerta tra i diversi poli aziendali; il progetto dovrà contenere catalogo e tempario prestazioni ortottica; orario servizio e modalità di funzionamento; il 95% dell'orario lavorativo netto è dedicato a CUP. Da 1/6 applicazione nuova offerta amb.le
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Evidenza nota Direttore SC in data 29/4/2014 con dettaglio incremento a CUP nr prestazioni e progetto omogeneizzazione attività ortottiste completo. Visite Anno 2013= 14.308 Visite Anno 2014= 15.653 Incremento del 10% nr visite. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Definizione protocollo di controllo di qualità su apparecchiatura mammografia per tomosintesi (S.C. Fisico Sonitorio)
INDICATORE		Evidenza protocollo. Adozione reportistica per il monitoraggio
TARGET 2014		Entro 31/12 avvio esecuzione prove di costanza sull'apparecchio mammografico per tomosintesi. Compilazione 100% reportistica avvenuto controllo della prova di accettazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore S.C.: entro il 31/12 è stato compilato il report della prova di accettazione dell'apparecchio mammografico per tomosintesi, basato sul protocollo di controllo di qualità dei parametri fisici e tecnici. Obiettivo raggiunto ☺

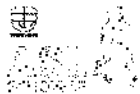
AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto	Valutazione Livelli Diagnostici di Riferimento nello screening mammografico (S.C. Fisico Sonitorio)
INDICATORE		Adozione reportistica di valutazione dose da radiazione erogata
TARGET 2014		Entro 30/6/2014 avviamento raccolta dati (integrazione dati PACS con dati di ogni centro di screening). Entro 31/12 compilazione 100% reportistica di valutazione dose ghiandolare media
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore S.C.: Entro i termini previsti è stata avviata la raccolta dati, relativi a pazienti sottoposte ed esame radiologico nei 7 centri di Screening Mammografico. Sono stati elaborati i dati e verificati i livelli diagnostici di riferimento. 100% reportistica compilata con validazione degli LDR relativi. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto	Miglioramento della qualità delle prestazioni in termini di varietà e tempestività di esecuzione (SSO Medicina Nucleare)
INDICATORE		Tempi di attesa
TARGET 2014		Consegna del referto entro tre giorni dallo svolgimento dell'esame
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Tutti i referti sono stati consegnati in tempo reale o comunque entro i tre giorni lavorativi. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto	Tempi di attesa per prestazioni per pazienti ricoverati (eco, RMN e TAC) (SS.CC. Radiologie)
INDICATORE		tempo max di attesa dalla richiesta
TARGET 2014		TAC = 72 ore RMN= 72 ore TRA0.= 24ore ECO.= 24ore
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore Dipartimento: L'obiettivo è stato globalmente raggiunto per quanto riguarda i tempi di attesa di esami ETG, TC, RX e prevalentemente per esami RM. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto	Estensione h12 attività radiologica interventistica angiografica dal lunedì al venerdì (S.C. Radiologia Villo Scossi)
INDICATORE		Nr pazienti trattati
TARGET 2014		Attesi almeno 1.000 pazienti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Apertura h. 12 dell'attività radiologica interventistica angiografica dal lunedì al venerdì, oltre 1.000 interventi. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto/ Direttore Dipartimento	Incremento produttività sedi anche alla luce delle future indicazioni regionali in materia di produttività per medico (SSD Medicina Nucleare, SSCC Radiologie). Monitoraggio produttività sedi e congruità offerta (Direttore Dip. Immagini)
INDICATORE		Nr prestazioni erogate = nr prestazioni concordate
TARGET 2014		Prestazioni erogate nell'anno 2014 uguali alle prestazioni da tabella allegata alla scheda di budget
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>SSD Medicina Nucleare</u>: Leggero decremento della produttività rispetto all'anno 2013 e ai risultati attesi per l'anno 2014. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino</u>: Prestazioni effettuate in linea con quanto atteso. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Radiologia Villa Scassi</u>: Prestazioni in linea, anche in considerazione dell'attività prettamente per interni svolta dalla radiologia del Villa Scassi e dello sviluppo dello screening garantito. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.S.D. Radiologia Territorio</u>: I Volumi di attività richiesti non sono stati completamente ottenuti, in certe sedi per fermi macchina in altre per drop out. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>Direttore Dip. Immagini</u>: Presentano ancora criticità alcune sedi territoriali. Obiettivo raggiunto al 90%. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Direttore Dipartimento	Razionalizzazione tempi di attesa per prestazioni interne (eco, RMN e TAC) (Direttore Dip. Immagini)
INDICATORE		Tempi di attesa esecuzione esami per reparti interni
TARGET 2014		TAC = 72 ore RMN= 72 ore TRAD.= 24ore ECO.= 24ore
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		L'obiettivo è stato globalmente raggiunto per quanto riguarda i tempi di attesa di esami ETG, TC ed RX; permangono delle difficoltà a garantire le RMN entro le 72 ore al Villa Scassi per problematiche legate alle potenzialità della macchina sia per l'incremento degli esami RM body e neuro. Obiettivo raggiunto al 90%. Obiettivo porz. raggiunto ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Direttore Dipartimento	Completa utilizzo refertazione vocale in tutte le strutture del Dipartimento (Direttore Dip. Immagini)
INDICATORE		Nr referti vocali/totale referti
TARGET 2014		almeno il 90% dei referti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Oltre il 90% della refertazione è stata effettuata utilizzando il sistema vocale in dotazione; nella restante quota sono stati utilizzati referti standard già preimpostati. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativa	Dirigenza/ Comparto/ Direttore Dipartimento	Utilizza firma digitale in tutte le strutture del Dipartimento (SSO Medicina Nucleare, Direttore Dip. Immagini)
INDICATORE		Tempistica chiusura informatizzata referto
TARGET 2014		Nel 100% dei referti la firma digitale deve essere apposta contestualmente alla stesura
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>SSD Medicina Nucleare:</u> Relazione direttore SSD: 100% referti anno 2014 firmati digitalmente ad eccezione di alcune DEXA a causa di problemi tecnici legati al cambio di codifica di sistema, comunque eseguite e consegnate in tempo reale al paziente. Obiettivo raggiunto ☺ <u>Direttore Dip. Immagini:</u> La firma digitale viene apposta contestualmente alla stesura del referto radiologico, in quanto previsto dal sistema informatico. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Direttore Dipartimento	Superamento delle verifiche trimestrali intradipartimentali inerenti la sicurezza sul pasta di lavare e la gestione dei rifiuti speciali. (S.C. Anatomia Patologica, S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, SSO Citologia ed istologia a prevalente indirizzo territoriale)
INDICATORE		Nr non conformità
TARGET 2014		Max 2 non conformità complessive entro 31.12.2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Presso le strutture dell'Anatomia Patologica non sono emerse, nel 2014, criticità relative all'Igiene e Sicurezza sul Lavoro. Relazione Direttore SC Prevenzione e Protezione. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento appropriatezza diagnostica. (S.C. Anatomia Patologica, SSD Citologia ed istologia a prevalente indirizzo territoriale, S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale)
INDICATORE		Evidenza protocolli
TARGET 2014		Entro 30/09 almeno due protocolli condivisi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Anatomia Patologica, SSD Citologia ed istologia a prevalente indirizzo territoriale</u> : Presentati i protocolli in ritardo rispetto alla tempistica attesa. Obiettivo parz. raggiunto ☺ <u>S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale</u> : Condivisione all'interno del Cobus delle linee guida per le richieste di emoderivati. Procedure richiesta di emoglobina ed immunoglobuline. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativa	Dirigenza/ Comparto	Riorganizzazione delle anamie con accorpamento e ridistribuzione delle attività. (S.C. Anatomia Patologica, SSD Citologia ed istologia a prevalente indirizzo territoriale)
INDICATORE		Tempistica di applicazione del piano di riorganizzazione
TARGET 2014		Entro 31/3 Piano per accorpamento e ridistribuzione delle attività. Applicazione piano operativo entro 30/4
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nel maggio 2014 si è completato il trasferimento logistico e del personale del Servizio di Anatomia di Sestri nella sede unificata presso l'Ospedale Villa Scassi identificando una S.C. di Anatomia Patologica e una S.S.D. e indirizzata in prevalenza ad una attività di diagnostica a prevalente indirizzo territoriale. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riduzione tempi di refertazione per interni. (S.C. Anatomia Patologica, SSD Citologia ed istologia a prevalente indirizzo territoriale)
INDICATORE		Rispetto tempi max
TARGET 2014		Diagnosi istologica campioni operatori 15 con sfioramento < 5% Diagnosi istologica campioni biopsici 4 con sfioramento < 5% Diagnosi citologica extravaginali 7 con sfioramento < 5% Diagnosi citologica vaginali opportuni. 30 con sfioramento < 5% Diagnosi citologica vaginali screening 30 con sfioramento < 15% Diagnosi riscontri autoptici 2D con sfioramento < 5%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Non completamente rispettati i tempi di refertazione, in considerazione del processo di riorganizzazione delle anamie intervenuto nel 2014, relazione del Direttore Dipartimento Patologia Clinica. Obiettivo parz. raggiunto ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitoraggio iter di accreditamento Istituzionale, previsto dall'Accordo Stato/Regioni del 16/12/2010 (SC Immunoematologia e medicina trasfusionale)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Conseguimento accreditamento regionale entro 31/12
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Accreditamento Regionale con OGR 1412 del 14/11/14. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto/ Direttore Dipartimento	Integrazione tra i tecnici del trasfusionale ed i tecnici del Laboratorio analisi dell' OEI, al fine di far fronte alle richieste trasfusionali urgenti anche nelle ore di chiusura del servizio di immunoematologia sito presso il presidio ospedaliero di Voltri. (SC Immunoematologia e medicina trasfusionale e Direttore Dip. Patologia Clinica)
INDICATORE		Rispetto tempistica di: formazione e addestramento sul campo degli operatori, trasferimento apparecchiature del CT di Voltri, refertazione a distanza. Nr trasporti in urgenza
TARGET 2014		0a 1/7 refertazione a distanza. Riduzione nel secondo semestre 2014 del nr di trasporti in urgenza rispetto al 1 semestre 2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nel 1 semestre 2014 nr 166 esami urgenti eseguiti a Villa Scassi nel 2 semestre nr. 64; mentre 92 sono stati eseguiti direttamente a Voltri. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione diagnostica decentrata sul Territorio (coagulometri portatili), esportazione del modello in atto a Recco in almeno altri due realtà Distrettuali (SC Laboratorio Analisi)
INDICATORE		Rispetto tempistica attivazione progetto. Nr. soggetti reclutati con il nuovo metodo
TARGET 2014		Entro 30/6 attivazione in altre due realtà distrettuali. Almeno il 20% dei soggetti del distretto in trattamento TAO sono seguiti con il nuovo metodo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Esportazione, in itinere, del modello in atto a Recco nel OSS8 e DSS10. Nel 2014 non è stato reso operativo il progetto. Obiettivo parz. raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Trasformazione degli spoke periferici (Voltri e Gallino) in due Centri POCT per la gestione delle Urgenze, parametrati alla realtà del P.O. (SC Laboratorio Anolisi)
INDICATORE		Attuazione progetto
TARGET 2014		Entro 30/09 attuazione del progetto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nell'attesa della gara regionale per i POCT, gli spoke periferici sono stati adibiti alla gestione delle urgenze. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ulteriore accentramento delle attività diagnostiche all'interno del Dipartimento Interaziendale (SC Laboratorio Anolisi)
INDICATORE		Piano di distribuzione linee di attività tra i laboratori
TARGET 2014		Entro il 30/09 Operatività piano di riorganizzazione con attività ambulatoriale per esterni a Sestri e diagnostica in urgenza a Villa Scassi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Accentramento c/o il sito del PO Micone di tutte le attività diagnostiche rivolte all'utenza ambulatoriale esterna. Al Villa Scassi: urgenze e routine dei reparti. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento dell'appropriatezza diagnostica in accordo con le S.C. Ospedaliere entro il 2014 tutte (salvo situazioni particolari da evidenziare) (SC Laboratorio Anolisi)
INDICATORE		Riduzione richieste di test da parte delle SS.CC
TARGET 2014		Riduzione del 10% rispetto all'anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Le prestazioni per interni effettuate nei 2 anni sono sovrapponibili; occorre tener conto che nel corso del 2014 sono stati aperti 6 posti letto diurni di Oncologia Medica quindi è aumentata l'attività per gli interni. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attuazione mista interaziendale del Centro di Controllo Metropolitano della terapia anticoagulante orale (SC Laboratorio Anolisi)
INDICATORE		Attuazione protocollo
TARGET 2014		Protocollo operativo ed attuazione da settembre
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		In applicazione dell'accordo sottoscritto nell'anno 2013 con OEI, il laboratorio di Castelletto ha svolto funzioni di centro di riferimento per la TAO e i centri prelievi (SMOM) sono stati ricondotti al laboratorio di ASL3. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
DBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Dbiettivo operativo	Direttore Dipartimento	Presenza in carico gestionale dei punti prelievi distrettuali da parte del Laboratorio Analisi. (Direttore Dip. Patologia Clinica)
INDICATORE		Evidenza omogeneizzazione aziendale su tutti i punti prelievi distrettuali
TARGET 2014		Adezione di tutti i punti prelievi alle procedure aziendali entro 30/04
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nota Direttore Dip. Patologia Clinica del 28/04/2014. Creazione di un gruppo interdisciplinare con i Distretti Steso il manuale dei Centri Prelievi. Dbiettivo raggiunto 😊
Dbiettivo operativo	Direttore Dipartimento	Riorganizzazione delle anatomie con accorpamento e redistribuzione delle attività al fine di ridurre i tempi di refertazione per interni e per lo screening. (Direttore Dip. Patologia Clinica)
INDICATORE		Tempistica di applicazione del piano di riorganizzazione Rispetto tempi max di refertazione
TARGET 2014		Entro 31/3 Piano per accorpamento e redistribuzione delle attività. Applicazione piano operativo entro 30/4. Rispetto tempistica refertazione di cui alla tabella allegata alla scheda di budget alla SC e alla SSD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nel maggio 2014 si è completato il trasferimento logistico e del personale del Servizio di Anatomia di Sestri nella sede unificata presso l'Ospedale Villa Scassi identificando una S.C. di Anatomia Patologica ed una S.S. Dipartimentale indirizzata in prevalenza ad una attività di diagnostica a prevalente indirizzo territoriale. Non completamente rispettati i tempi di refertazione. Obiettivo parz. raggiunto 😊

AREA: A8		Organizzazione delle risorse umane
OBIETTIVO STRATEGICO		Sviluppare il processo di valutazione individuale dell'equipe all'interno del percorso di budget
Obiettivo operativo	Comparto	Pianificazione/Programmazione della fruizione del congedo ordinario anno in corso
INDICATORE		Nr ore di C.O. Anno 2013 = 0 al 30/6/2014. Evidenza piano ferie 2014
TARGET 2014		<ul style="list-style-type: none"> - Entro 30/04 Presentazione piano ferie anno 2014. - Smaltimento CO anno precedente entro il 30/06/2014. - Al 31/12/2014 C.O. Anno 2014 = max 10 gg. residui pro capite
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p>SC Cardiologia UTIC Micone Colletta Gallino e Territorio, SC Cardiologia/UTIC Villa Scassi, SSD Cardiologia Riabilitativa Colletta, SC Chirurgia, SC Ortopedia, SSD One Day e Week Surgery, SSD Chirurgia del piede, SC Medicina Gallino, SC Medicina Micone, SC Medicina Villa Scassi, SSD Oncologia Sestri, SSD Oncologia Villa Scassi, S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche, SC Nefrologia, SC Pneumologia, S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale, SC Reumatologia, SC Chirurgia Vascolare, SC Urologia, SC Neurologia, SC Oculistica, SC O.R.L., SC Neonatologia, SC Ostetricia e Ginecologia, SC Anestesia e Rianimazione Personale B.O., SC Medicina d'Urgenza, S.C. Grandi Ustionati e Chirurgia Plastica, S.C. Anatomia Patologica, SC Laboratorio Analisi, S.C. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, SSD Medicina Nucleare: Obiettivo raggiunto 😊</p> <p>SC Anestesia e Rianimazione Personale Rianimazione, S.C. Radiologia Sestri Colletta Gallino, SC Radiologia Villa Scassi, SSD Radiologia territoriale: Obiettivo porz. raggiunto 😊</p>

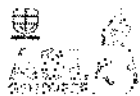
TERRITORIALE

Dipartimenti territoriali		Cure Primarie e Attività Distrettuali, Attività Farmaceutiche, Prevenzione, Salute Mentale e dipendenze
AREA: A1		Contenimento dei costi e contestuale mantenimento dell'efficienza produttiva
OBIETTIVO STRATEGICO		Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura (Tutte le SS.CC.)
INDICATORE		1) Consumato Anno 2013 relativo a Beni sanitari e non sanitari. 2) Rispetto Budget economico Anno 2014.
TARGET 2014		Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. (Tutte SSCC). Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Riduzione 10% costi relativi a beni non sanitari derivanti dalla realizzazione del progetto dematerializzazione (SC Igiene e Sanità Pubblica, SC Sicurezza Alimentare)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Vedi allegato n. 1
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi per acquisti servizi (SSCC Distretti)
INDICATORE		Spesa Aziendale/DDSS relativa a: PP.AA. - Residenzialità Anziani/Disabili - Protesica - Integrativa
TARGET 2014		Vedi scheda allegata denominata Budget Bilancio 2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Mantenimento tetto Aziendale fissato Anno 2014 per tipologia di attività. Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Budget Assegnato Area Anziani: € 54.863 CE IV trim. 2014 € 54.074, Budget Assegnato Area Disabili: € 61.940 CE IV trim. 2014 € 61.267, Budget Assegnato Area Cure Primarie: € 103.748 CE IV trim. 2014 € 100.852, Budget S.C. Assistenza Consultoriale: € 2.773 CE IV trim. 2014 € 2.679. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A1		<i>Cantenimento dei costi e contestuale mantenimento dell'efficienza produttiva</i>
OBIETTIVO STRATEGICO		Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi relativi all'acquisto di servizi sanitari (residenzialità, protesica, ambul..) (Oip. Form., SC Cure Primarie, SC Ass. Consultoriole) Ottimizzazione costi relativi all'acquisto di servizi sanitari (Custodia attenuata, HIV), di concerto con SC SERT (SSO Tutelo solute in omb. Penitenz.)
INDICATORE		Rispetto budget economico assegnato
TARGET 2014		Tabella allegata alla scheda di Budget 2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Budget Assegnato Area Cure Primarie: € 103.748 CE IV trim. 2014 € 100.852, Budget S.C. Assistenza Consultoriale: € 2.773 CE IV trim. 2014 € 2.679, Budget Dip. Attività farmaceutiche: € 185.270 CE IV trim. 2014 € 183.346, Budget SSD Tutela Salute in amb. Penitenz.: € 1.366 CE IV trim. 2014 € 1.592. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rispetto budget economico relativo a emolumenti per componenti Commissioni Invalidità Civile (SC Medicina Legole)
INDICATORE		Importo liquidato
TARGET 2014		Riduzione 5% rispetto Anno 2013 emolumenti per commissioni. Report Bilancio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Importo liquidato = € 397.455,44 causa rivalutazione dei compensi secondo l'indice Istat del 6,2% come stabilito dalla Regione Liguria . Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Direttore Dip.	Mantenimento costi residenzialità/protesica Aziendali Anno 2013 attraverso continua attività di verifica e coordinamento dei poli distrettuali. (Direttore Oip. Cure Primarie)
INDICATORE		Livello dei costi Anno 2013
TARGET 2014		Rispetto Budget Assegnato. Verifica CCD/Bilancio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Budget Assegnato Area Anziani: € 54.863 CE IV trim. 2014 € 54.074, Budget Assegnato Area Disabili: € 61.940 CE IV trim. 2014 € 61.267, Budget Assegnato Area Cure Primarie: € 103.748 CE IV trim. 2014 € 100.852, Budget S.C. Assistenza Consultoriale: € 2.773 CE IV trim. 2014 € 2.679. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A1		Contenimento dei costi e contestuale mantenimento dell'efficienza produttiva
OBIETTIVO STRATEGICO		Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi (<i>CSM Distretti 8, 9, 10, 11, 12, 13</i>)
INDICATORE		Rispetto Budget economico Anno 2014 Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
TARGET 2014		Riduzione del 2% dei costi di residenzialità psichiatrica (stralciando i costi aggiuntivi derivanti dalla chiusura RSA Rossiglione). Vedi tabella Allegata Anno 2014. Report CCD/Bilancio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Budget Assegnato SS.CC. CSM: € 13.782 CE IV trim. 2014 € 13.635 Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi (<i>S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale, SC Sert, Direttore Dipartimento</i>)
INDICATORE		Rispetto Budget economico Anno 2014 Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
TARGET 2014		Tabella Allegata Anno 2014. Report CCD/Bilancio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Budget Assegnato S.C. Sert: € 6.992 CE IV trim. 2014 € 6.824, Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A2		<i>Integrazione Ospedole-Territorio e Continuità delle Cure</i>
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aderenza protocolli integrati SCC, BPCO e Diabete Mellito (DGR S18/2012), con implementazione della componente assistenziale riabilitativa e promozione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti da parte degli MMG. (SSCC Distretti) Coordinamento integrativo fra le varie progettualità aziendali in materia di cronicità (finanziamento ARS per CCM) anche al fine di una corretta applicazione dei protocolli integrati SCC, BPCO e Diabete Mellito (DGR S18/2012).... (SC Cure Primarie)
INDICATORE		Protocollo relativo alla componente assistenziale/riabilitativa Nr soggetti presi in carico per patologia e analisi dei risultati degli indicatori elencati nei protocolli e relativo piano di miglioramento. Incontri formativi con MMG relativi ai farmaci a brevetto scaduto. Nr MMG formati
TARGET 2014		Evidenza protocollo sulla componente assistenziale/riabilitativa. Almeno 25 pz per patologia presi in carico secondo protocollo (coerentemente con le attività specialistiche presenti nel distretto) (Evidenza consenso informato e 100% aderenza al protocollo su risultati audit clinico). Organizzazione incontri tesi a formare almeno il 50% dei MMG. Verbali Direttori di Distretto, redatti secondo modalità comuni e condivise. Relazione SC Professioni Sanitarie sull'evidenza dei protocolli assistenziali riabilitativi. Relazione Direttore SC Farmaceutica convenzionata
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Elaborati Protocolli con componente assistenziale/riabilitativa PDTA Scopenso: aderito al progetto 16 MMG DSS13 il reclutamento degli assistiti inizierà nel 2015. PDTA BPCO: aderito al progetto 19 MMG DSS8 PDTA per diabete mellito: aderito al progetto 23 MMG DSS12 Effettuati incontri con le AFT di concerto con SC Farmaceutica Convenzionata Obiettivo raggiunto 😊



AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territoriale e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto Ospedale di distretto: avvio, implementazione e/o consolidamento (obiettivo SC OSS 9) Collaborazione al raggiungimento (SSCC Distretto 8, 10, 11, 12, 13)
INDICATORE		Atti documentali con cronoprogramma
TARGET 2014		Entro 30/10 presentazione progetto alla Direzione Relazione Conclusiva a cura del Direttore DSS9
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione nr 3653 del 12/01/2015 a firma del Direttore DSS9. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aumento delle Associazioni di MMG e PLS ed implementazione dell'integrazione degli MMG e PLS nell'organizzazione distrettuale in collaborazione con il Direttore DSS10 (SC Cure Primarie)
INDICATORE		nr associazioni in rapporto al numero MMG/PLS anno precedente. Predisposizione progetto finalizzato all'integrazione dei MMG che preveda anche la presenza fisica dei MMG all'interno delle sedi distrettuali
TARGET 2014		Incremento 10% rispetto Anno 2013. Presentazione progetto entro 30/6 di concerto con Direttore DSS10. Da 1/10 incremento presenza MMG su sedi distrettuali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Non sono state registrate variazioni rispetto al 2013. Non risulta incrementata la presenza di MMG nelle sedi distrettuali. Obiettivo non raggiunto ☹
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Definizione Equipe integrate sociosanitarie di Distretto, come previsto dal Piano Sociale Integrato Regionale 2013-2014 approvato con OCR 18/2013 (obiettivo SC OSS 12) Collaborazione al raggiungimento (SSCC OSS 8, 9, 10, 11, 13)
INDICATORE		Rispetto tempistica indicata da verificare rispetto al cronoprogramma da concordare con Comune di Genova. Invio Progetto Equipe Integrata. Adozione Protocolli con i Comuni. Individuazione personale dell'equipe
TARGET 2014		Entro 30/5 Proposta alla Direzione sul progetto di Equipe Integrata. Entro 30/09 Adozione protocolli con i Comuni Entro 31/12 Atto del Direttore del Distretto di individuazione del personale appartenente all'equipe integrata. Relazione Conclusiva
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Prot. 73522 del 30/05/14, prot. 126071 del 30/09/14, prot. 166263 del 29/12 con individuazione per distretto delle equipe integrate (a firma del coordinatore Direttore DSS 12) Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A2		Integraziane Ospedole-Territorio e Continuità delle Cure
DBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Dbiiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Approvazione del progetto regionale e sperimentazione del modello "Dote di cura per N.A. Non Autosufficienti" (obiettivo SC DSS 12) Collaborazione al raggiungimento (SSCC DSS 8, DSS 9, DSS 10, DSS 11, DSS 13)
INDICATORE		Adozione atti aziendali in base alle future indicazioni regionali
TARGET 2014		Atti documentali prodotti. Relazione conclusiva.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore DSS 12 nr 166261 del 29/12. Complessivamente nei distretti nel 2014 sono state raccolte 44 richieste per la dote di cura. Con DGR 1534 del 9/12 Regione Liguria ha disposto modi e tempi per il perfezionamento delle domande. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aderenza alle indicazioni economico e organizzativo gestionali relative alla residenzialità per disabili e implementazione di percorsi interdisciplinari compresa la gestione degli ausili e dei presidi con progressivo passaggio di responsabilità economica ai direttori di distretto (SSCC Distretti 8, 9, 10, 11, 12) Coordinamento (SC Distretto 13)
INDICATORE		Presenza in carico della responsabilità economica da parte dei Direttori di Distretto
TARGET 2014		Dal 1 settembre presa in carico economica condivisa. Relazione Conclusiva
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore DSS13 per l'area Disabili. Ad Aprile la gestione delle strutture a gestione diretta è passata ai distretti di competenza mentre per quanto riguarda le strutture convenzionate vi è un livello di coordinamento a livello centrale essendoci una lista di accesso aziendale con monitoraggio della spesa per distretto di residenza dell'assistito. Obiettivo raggiunto 😊



AREA: A2		Integraziane Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aderenza alle indicazioni economico e organizzativo gestionali relative alla residenzialità per anziani e implementazione dell'integrazione dei percorsi con l'ospedale e il domicilio, con progressivo passaggio di responsabilità economica ai direttori di distretto (<i>SSCC Distretti 8, 9, 10, 12, 13</i>) Coordinamento (SC Distretto 11)
INDICATORE		Presenza in carico della responsabilità economica delle RSA in convenzione e delle RSA a gestione Diretta, ove presenti, da parte dei Direttori di Distretto
TARGET 2014		Dall' 1 Aprile presa in carico organizzazione strutture a gestione diretta. Dal 1 settembre presa in carico economica condivisa. Relazione Conclusiva
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazioni Direttore DSS11 per l'area Anziani. Ad Aprile la gestione delle strutture a gestione diretta è passata ai distretti di competenza mentre per quanto riguarda le strutture convenzionate vi è un livello di coordinamento a livello centrale essendoci una lista di accesso aziendale con monitoraggio della spesa per distretto di residenza dell'assistito. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Percorso Nascita Aziendale Ospedale/Territorio (SC Ass. Consultoriole)
INDICATORE		Esistenza procedura unica. Adesione al protocollo
TARGET 2014		Elaborazione procedura unica Ospedale/Territorio: documento entro il 30/4 contenente anche il progetto di riorganizzazione dei punti d'offerta "Percorso Nascita". Dal 01/06/2014 evidenza di riorganizzazione logistica e organizzativa del percorso nascita e sperimentazione sul 90% dei casi afferenti alla S.C. Assistenza Consultoriale e al Dipartimento Materno Infantile
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		E' stata elaborata e conclusa la procedura unica Ospedale/territorio "Assistenza e servizi offerti all'interno del Percorso Nascita". Sono stati intrapresi incontri per la realizzazione del nuovo modello operativo di offerta sul Percorso Nascita, con operatori rappresentanti delle due S.C. Assistenza Consultoriale e S.C. Ostetricia e Ginecologia. In collaborazione con l'UGR, è stato attivato un percorso di audit interno (Ospedale/Territorio) finalizzato alla revisione delle attività attualmente svolte dagli operatori delle due S.C. e all'applicazione della nuova procedura di assistenza alla gravidanza. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Percorso Nascita Aziendale Ospedale/Territorio (SC Ass. Consultoriole)
INDICATORE		Applicazione protocollo con SC Ginecologia e SC Neonatologia relativo alla comunicazione dell'offerta territoriale per la puerpera e il neonato. Nr di neonati inviati dalle strutture ospedaliere e presi in carico dal Consultorio
TARGET 2014		Il 100% dei nuovi nati presso il P.O. Aziendale riceve adeguata comunicazione riguardante l'offerta consultoriale per la puerpera e il neonato e, almeno il 50% dei nuovi nati presso il P.O. Aziendale ha un contatto con la S.C. Assistenza Consultoriale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Consegnate a tutte le mamme dimesse le brochure con l'offerta delle attività del dopo-nascita. Condivisa una nuova procedura, che verrà adottata dal 2015, che prevede l'utilizzo dello SPD da parte degli operatori di entrambe le S.C.. Tale nuova procedura renderà certo e monitorabile la % delle neomamme che rispondono all'offerta consultoriale su invio del P.O. Per l'anno 2014 si ritiene comunque che la percentuale indicata nell'indicatori pari al 50% sia stata raggiunta dato il numero di accessi per consulenza e per vaccinazioni, superiore ai nuovi nati. L'obiettivo si ritiene parzialmente raggiunto in quanto non verificabile compiutamente. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Percorso Nascita Aziendale Ospedale/Territorio (SC Ass. Consultoriole)
INDICATORE		Adesione al progetto "Segnalazione Mamme in depressione post partum" : applicazione procedura condivisa di invio ai servizi Consultoriali delle neo mamme con fragilità psicologica.
TARGET 2014		Applicazione procedura al 100% casi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Formalizzata la procedura condivisa con il P.O. di invio ai consultori familiari delle neo mamme con fragilità psicologica. Individuato un unico referente (dirigente Psicologa) per i progetti relativi alla depressione post partum che ha costituito l'elemento unificante di percorsi che nascono da più tavoli. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A2		Integraziane Ospedale-Territoria e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riprogrammazione delle modalità dell'offerta vaccinale con differenziazione 0-12 mesi di pertinenza della S.C. Ass. Consultoriale e 13-36 mesi di pertinenza S.C. Igiene e Sanità Pubblca. (SC Ass. Consultoriale)
INDICATORE		percentuale di soggetti vaccinati di età compresa 0-12 mesi
TARGET 2014		Entro il 30/5/2014 completamento della riprogrammazione offerta in accordo con la S.C. Igiene. Entro il 31/12/2014 vaccinazione di almeno 80% dei soggetti di età compresa 0 - 12 mesi presso la S.C. Ass. Consultoriale.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		La nuova procedura è ormai a regime in tutti i consultori familiari. I dati relativi alle vaccinazioni 2014 confermano l'entrata a regime della nuova modalità I bambini vaccinati risultano 26.531 (+8,7 rispetto 2013) Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Raccordo con l'Osservatorio Regionale per la stesura di protocolli operativi in materia di violenza sulle donne e sui minori (SC Ass. Consultoriale)
INDICATORE		Evidenza di protocolli
TARGET 2014		Entro 30/9 protocollo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		La S.C. ha partecipato agli incontri ed ai lavori dell'Osservatorio regionale per la stesura dei protocolli operativi in materia di violenza sulle donne e sui minori. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ricondurre all'interno dello Sportello Unico Distrettuale i contenuti informativi e gestionali propri della struttura consultoriale (SC Ass. Consultoriale)
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 30/6 Evidenza progetto, di concerto con il Direttore Dip. Cure Primarie, che preveda l'individuazione set di informazioni standard relativi al Consultorio da garantire in tutti gli sportelli distrettuali. Da 1/10 attivazione sportello secondo nuove procedure aziendali.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		In una prima fase (al 30/6) si è proceduto alla stesura di un documento descrittivo delle attività della S.C. Ass. Consultoriale. Redatto un documento in PDF sfogliabile on line, diviso per argomenti da consultare con facilità da parte degli sportelli di accoglienza distrettuale. L'opuscolo verrà redatto nella sua versione definitiva, comprensiva della riorganizzazione del percorso nascita integrato ospedale territorio ad inizio 2015. Obiettivo parz. raggiunto ☺

AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Direttore Dip.	Evidenza di protocollo condiviso tra Dipartimento Salute Mentale/Dipartimento Cure Primarie sulla gestione dei pazienti con comorbilità (<i>Direttore Dip. Cure Primarie, Direttore Dip. Salute Mentale e Dipendenze</i>)
INDICATORE		Evidenza protocollo ed applicazione dello stesso
TARGET 2014		Entro 30/6 proposta protocollo con contestuale applicazione dal 1/7
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		La DGR 845/2014 ha reso necessaria la stesura di una modalità di rimappatura attraverso UVMD degli utenti disabili e psichici. Si è proceduto con la rivalutazione di 87 domande per la disabilità e 68 per paz. Psichici. Stilato protocollo di collaborazione con identificazione di uno psichiatra di riferimento distrettuale. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Direttore Dip.	Predisposizione di un progetto finalizzato all'individuazione delle competenze e del personale che transiteranno all'istituenda struttura dipartimentale per l'omogenizzazione delle procedure amministrativo/gestionali distrettuali. (<i>Direttore Dip. Cure Primarie</i>)
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 31/03 Presentazione progetto di concerto con Direttore SC Cure Primarie. Da 1/7 Piena Operatività nuova organizzaz.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Individuati, di concerto con SC Cure Primarie, sia le competenze che il personale da dedicare all'attività amministrativa dipartimentale; è stato bandito il concorso per la direzione SSD funzione gestionale. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
DBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Dbiettivo operativo	Direttore Dip.	Ricondurre ad univoche ed omogenee modalità operative, sulla base di contenuti implementati e condivisi, l'attività degli sportelli unici distrettuali. <i>(Direttore Dip. Cure Primarie)</i>
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 30/6 Evidenza progetto che preveda almeno l'individuazione set di informazioni standard da garantire per tutti i settori di attività distrettuali, nr e competenze del personale da assegnare, modalità di funzionamento e di interazione con altre strutture aziendali. Procedura informatica/gestionale di presa in carico del cittadino che accede allo sportello. Da 1/10 attivazione sportello secondo nuove procedure aziendali.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Individuate e condivise con i Direttori di Distretto procedure e modalità operative. Presa in carico dei cittadini avviene attraverso la procedura informatica gestionale Sportello Polifunzionale Distrettuale. Dbiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Direttore Oip.	Promuovere l'implementazione e la semplificazione percorsi autorizzativi assistenza protesica. <i>(Direttore Dip. Cure Primarie)</i>
INDICATORE		Tempistica presa in carico autorizzazioni protesica da parte delle Direzioni Distrettuali
TARGET 2014		Entro il 30/06/2014: interventi formativi ai medici individuati su normativa di riferimento nazionale, regionale e aziendale. Entro il 30/09/2014: affiancamento dei medici individuati agli attuali medici autorizzatori. Entro il 31/12/2014: le autorizzazioni delle pratiche saranno di competenza delle Direzioni Distrettuali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nel mese di maggio si sono tenuti interventi formativi in aula rivolti ai medici funzionari dei sei distretti aziendali. Nel mese di giugno si è dato avvio all'affiancamento dei medici individuati ai medici autorizzatori presso gli uffici protesi delle sedi distrettuali, affiancamento che andrà avanti fino a tutto il mese di novembre. All'inizio di dicembre sono state attuate due giornate in aula conclusive del percorso che porterà i medici funzionari ad autorizzare le pratiche di assistenza protesica nelle sedi distrettuali di appartenenza. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate dalle Cure Palliative (SSD Cure Palliative)
INDICATORE		Adozione di uno strumento specifico per l'audit clinico in cure palliative
TARGET 2014		Adozione del POS (palliative outcome scale) come strumento di audit dell'équipe di cure palliative. Processo in 5 Distretti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Validato in lingua italiana e la SSD è stata una delle 3 strutture italiane preposte al coordinamento del processo di validazione. I risultati sono stati sottoposti per la pubblicazione sulla prestigiosa rivista BMC Medicine (Impact Factor 7,27) con il titolo " Outcomes for patients with advanced medical illness: a multicentre study of validity and predictors of response to change ". Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione percorsi di cura ospedale versus SPCR e CSM (SSCC Centri Solute Mentole, SPOC Ospedole S. Mortino, SPOC Ospedoli Golliero, SPOC Ospedole Villo Scassi)
INDICATORE		1) Equipe Unica Ospedale Territorio 2) % tasso di occupazione SPDC 3) Nr. Pz trasferiti da SPCR a SPDC/ totale dei trasferiti da SPDC a SPCR
TARGET 2014		1) Entro 1/1D Evidenza operatività Equipe Unica 2) non superiore al 9D% 3) inferiore al 1D% Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore Dip. DSMD: Consolidato il modello operativo della rete urgenza/emergenza del ponente con unica porta di ingresso Villa Scassi e ricoveri post acuti presso SPCR di Sestri P. Trasmesso ai CSM movimento quotidiano dei pazienti in carico ricoverati, effettuate riunioni cliniche periodiche tra i Direttori dei reparti e dei CSM. Parte del personale (in particolare medici e infermieri) ha svolto attività integrate da CSM, SPDC e SPCR con modalità organizzative differenti a seconda dei bisogni dei vari reparti. La maggior integrazione tra ospedale e territorio ha permesso una ulteriore riduzione della degenza media in tutti gli SPDC e nei SPCR. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento dei percorsi di attivazione sociale per utenti dei servizi sociali e di salute mentale attivabili in rete da strutture sociali, sanitarie e del Terzo Settore (PSIR 2013-2015 obiettivo 9b) (SSCC Centri Salute Mentale e S.S.D. Funzione Amministrativa Dip. di Salute Mentale)
INDICATORE		Nr pz seguiti in modalità integrata con il Comune che necessitano di interventi di tipo sociali con particolare riferimento a: bisogni primari, mantenimento alloggio percorsi di avvicinamento al lavoro (corsi formazione, lavoro protetto)
TARGET 2014		Nr Pz in carico ai CSM e Sert Anno 2014 che ricevono interventi di tipo sociale/ elenco del totale dei pazienti che necessiterebbero di interventi di tipo sociale (bisogni primari, mantenimento alloggio e percorsi di avvicinamento al lavoro (corsi formazione, lavoro protetto). Report all'Assessorato ai Servizi Sociosanitari del Comune di Genova e dei Comuni limitrofi su dati del coordinamento Assistenti Sociali del DSMD e del Sert e dati amministrativi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore Dip: Effettuata mappatura pazienti in carico ai CSM che beneficiano di interventi di tipo sociale (100% dei casi), raccolta documentazione di tutti i pazienti inseriti in residenzialità (diretta ed indiretta) necessaria per l'accesso al Contributo di Solidarietà come indicato dalla normativa Regionale in materia rispettando i tempi di consegna stabiliti dal Comune di Genova. Inviati regolari aggiornamenti degli elenchi ai Direttori di Distretto Sociale e Sanitario e partecipato alla sedute della UVMD (sedute mensili). Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Presenza in carico dei pazienti aventi diritto all'assistenza integrativa (diabetici, stomizzati) che ricevevano consegna programmata del materiale a domicilio delegazioni di Cornigliano-Sestri parte del DSS12 (S.C. Farmaceutica Convenzionata)
INDICATORE		confronto spesa per pazienti presi in carico rispetto alla spesa con erogazione programmata
TARGET 2014		riduzione del costo medio paziente di almeno 10%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Costo pz diabetico2013 = €.172, Costo pz diabetico2014 = €.154 riduzione del 11%, Costo pz stomizzatoAnno2013 = Anno2014 pari a €.876, Costo pz con integratori 2013=€.330, Costo pz con integratori 2014=€.242 riduzione del 25%. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A2		Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità delle Cure
OBIETTIVO STRATEGICO		Promuovere la qualità dell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando la collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
Obiettivo operativo	Direttore Dip.	Riorganizzazione Dipartimento Salute Mentale ASL3/Clinica Psichiatrica San Martino (<i>Direttore Dip. Salute Mentale e dipendenze</i>)
INDICATORE		Evidenza documentale
TARGET 2014		Entro 30/4 evidenza progetto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Il Progetto tra SPDC e e Clinica Psichiatrica San Martino è stato prodotto; l'operatività del progetto è subordinata all'esecuzione di lavori di ristrutturazione nell'ospedale san martino. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A3		Gaverna della spesa Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale
OBIETTIVO STRATEGICO		Monitoraggio delle modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica conseguenti all'attività prescrittiva dei MMG e degli specialisti ambulatoriali e ospedalieri al fine dell'attuazione di quanto previsto dal "Piano Regionale di qualificazione dell'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera"
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Vedi obiettivo 1) area 2: Aderenza protocolli integrati SCC, BPCO e Diabete Mellito (DGR 518/2012), con implementazione della componente assistenziale riabilitativa e promozione dell'utilizzo dei farmaci equivalenti da parte degli MMG. (SC Oistretti Socio Sonitori)
INDICATORE		Protocollo relativo alla componente assistenziale/riabilitativa Nr soggetti presi in carico per patologia e analisi dei risultati degli indicatori elencati nei protocolli e relativo piano di miglioramento. Incontri formativi con MMG relativi ai farmaci a brevetto scaduto. Nr MMG formati
TARGET 2014		Evidenza protocollo sulla componente assistenziale /riabilitativa. Almeno 25 pz per patologia presi in carico secondo protocollo (coerentemente con le attività specialistiche presenti nel distretto). (Evidenza consenso informato e 100% aderenza al protocollo su risultati audit clinico). Organizzazione incontri tesi a formare almeno il 70% dei MMG. Verbali.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		DSS 8: Elaborati Protocolli con componente assistenziale/riabilitativa Scompenso cardio Pz arruolati = 18 Diabete = 139, BPCO = popolazione di circa 2100 pz in cura ai 16 MMG partecipanti al progetto (eseguite 500 spirometrie). DSS 9: Elaborati Protocolli con componente assistenziale/ riabilitativa oltre 900 pz cronici polipatologici presi in carico. Svolti 7 eventi formativi per MMG. DSS 11: Elaborati Protocolli con componente assistenziale/ riabilitativa, Scompenso cardio Pz arruolati = 26, Diabete = 34 BPCO = 27. DSS 12: Elaborati Protocolli con componente assistenziale/ riabilitativa Pz arruolati PDTA Diabete = 366. Effettuati incontri con le AFT di concerto con SC Farmaceutica Convenzionata. DSS 13: elaborati Protocolli con componente assistenziale/ riabilitativa. Scompenso cardio Pz arruolati = 25. Effettuati incontri con le AFT di concerto con SC Farmaceutica Convenzionata. Obiettivo raggiunto ☺ DSS 10: Elaborati Protocolli con componente assistenziale/riabilitativa. Effettuati incontri con le AFT di concerto con SC Farmaceutica Convenzionata. Non sono stati comunicati i paz. Presi in carico quindi Obiettivo parz. raggiunto ☺

AREA: A4		Miglioramento ed efficientamento dei flussi per il debito informativo interno e verso le istituzioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Sistematizzazione della raccolta, elaborazione, divulgazione e pubblicazione dei dati controllati relativi alle attività aziendali con adozione di indicatori per la valutazione della correttezza e della qualità dei flussi.
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Applicazione, in collaborazione con i Direttori di Distretto, degli accordi integrativi aziendali con MMG e PLS stipulati a seguito di accordo con OO.SS su integrativo regionale sottoscritto il 03/7/2013, controfirm. 18/7/2013: invio al SAR di ricette elettroniche (SC Cure Primorie)
INDICATORE		% MMG e PLS che inviano
TARGET 2014		almeno 95% dei MMG e PLS
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Su un totale di 626 medici (546 MMG e 80 PLS) hanno inviato al SAR almeno una prescrizione in formato elettronico il 99% dei medici. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione procedure di controllo dei costi anche tramite il completo utilizzo della procedura amministrativo/contabile OLIAM (SC Cure Primorie e SSO Funzione Amministrativo Dip. di Solute Mentole)
INDICATORE		Nr fatture liquidate tramite procedura OLIAM
TARGET 2014		100% fatture liquidate tramite procedura OLIAM entro 45 gg dal ricevimento delle stesse
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Attestazione Direttore Dip. Economico di raggiungimento dell'obiettivo (pagamento fatture con tempistica 60/70 gg). Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Superamento problematiche Anagrafica Sanitaria (SC Cure Primorie)
INDICATORE		Nr anagrafiche corrette
TARGET 2014		Parifica 98% Anagrafica. Relazione Ufficio Flussi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Controlli e parifiche SOGEI/anagrafe: posizioni esaminate: 2938 di cui 1216 allineate e 1722 chiuse. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A4	Miglioramento ed efficientamento dei flussi per il debito informativo interno e verso le istituzioni
OBIETTIVO STRATEGICO	Sistematizzazione della raccolta, elaborazione, divulgazione e pubblicazione dei dati controllati relativi alle attività aziendali con adozione di indicatori per la valutazione della correttezza e della qualità dei flussi.
	Collaborazione con SIA e altre SS.CC. preposte all'attività di screening al fine della corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti (S.S.D. Popolazione o rischio)
INDICATORE	Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi
TARGET 2014	Completa rendicontazione informatica dell'attività di screening
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	Dal novembre 2014 è attivo l'invio per via informatica alla Regione Liguria dei flussi correlati alle prestazioni di I e II livello screening con estrazione mensile diretta delle prestazioni dal software gestionale screening. Obiettivo raggiunto 😊
	Implementazione del processo di dematerializzazione (degli atti) della posta e attivazione archivio informatizzato (S.C. Igiene e sanità pubblica, SC Sicurezza Alimentare e SSD Funzione Amministrativa Dip. di Salute Mentale)
INDICATORE	% di posta certificata gestite con modalità informatica. N° partecipanti ai momenti formativi di istruzione sul campo appositamente effettuati da SC Aff. Gen.
TARGET 2014	Oa 1/6 Applicazione procedura informatizzata da parte della SC. Gestione informatica di almeno il 90% della posta pervenuta con modalità elettronica. 100% dei partecipanti al corso
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	<u>S.C. Igiene e Sanità Pubblica e S.C. Sicurezza Alimentare:</u> Con Nota n. 41362250 del 23.02.2015, il Direttore S.C. Affari Generali ha relazionato sull'attività svolta, il monitoraggio in data 29/5 ha consentito di accertare il raggiungimento dell'obiettivo tra il 90% ed il 100% della posta pervenuta in modalità elettronica. 100% del personale amministrativo ha partecipato agli eventi formativi. Obiettivo raggiunto 😊 <u>SSD Funzione Amministrativa Dip. Salute Mentale:</u> Completa gestione informatica della posta tramite applicativo Protocollo web. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A4		Miglioramento ed efficientamento dei flussi per il debito informativo interno e verso le istituzioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Sistematizzazione della raccolta, elaborazione, divulgazione e pubblicazione dei dati controllati relativi alle attività aziendali con adozione di indicatori per la valutazione della correttezza e della qualità dei flussi.
		Miglioramento della informatizzazione delle Strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione (S.C. Igiene e sanità pubblica, SC PSAL, SC Sonitò Animole, SC Sicurezza Alimentore)
INDICATORE		Attivazione gruppo di lavoro di concerto con SIA ed SS.CC. del Dip. di Prevenzione. Nr Incontri svolti dal gruppo. Evidenza verbali incontri e presentazione analisi e proposta operativa
TARGET 2014		Entro 31/3 attivazione gruppo. Almeno 10 incontri nell'anno Entro 15/12 Invio Analisi e proposta operativa
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Igiene e Sanità Pubblica, S.C. PSAL, S.C. Sanità Animale, S.C. Sicurezza Alimentare:</u> Con Nota n. 41359524 del 23.02.2015, il Direttore SIA ha relazionato circa l'attività svolta durante l'anno 2014 con molteplici incontri del gruppo di lavoro per analisi delle procedure informatiche. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Informatizzazione settore di attività "animali da compagnia" (SC Sonitò Animole)
INDICATORE		Evidenza Progetto con cronoprogramma e realizzazione entro l'anno degli adempimenti previsti
TARGET 2014		Presentazione progetto entro 31/03 che preveda settori di attività da informatizzare, cronoprogramma azioni, procedura e modalità. Da 1/4 avvio informatizzazione entro 31/12 attuazione delle azioni previste dal progetto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Entro il 31 marzo individuati i seguenti settori di attività da informatizzare: animali morsicatori, esercizi commerciali vendita animali da compagnia e prodotti per animali, strutture veterinarie, pratiche segnalazioni ed inconvenienti igienici. Ad aprile avviata l'informatizzazione, entro il 31 dicembre sono state attuate tutte le azioni previste che hanno consentito l'informatizzazione dei settori sopra indicati. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A4		Miglioramento ed efficientamento dei flussi per il debito informativo interno e verso le istituzioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Sistematizzazione della raccolta, elaborazione, divulgazione e pubblicazione dei dati controllati relativi alle attività aziendali con adozione di indicatori per la valutazione della correttezza e della qualità dei flussi.
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti con DGR 1606/2011. (SC Sanità Animale, SC Sicurezza Alimentare)
INDICATORE		Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi
TARGET 2014		95% flussi Lea 2013; punteggio totale <2; almeno 75% altri flussi con punteggio fra 0 e 4. Completa rendicontazione informatica dell'attività di screening. Monitoraggio CCD. Report RL
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Sanità Animale:</u> Il 100% dei flussi LEA ha avuto punteggio totale < 2; il 100% degli altri flussi ha avuto punteggio tra 0 e 4. Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C. Sicurezza Alimentare:</u> Garantita la rendicontazione on line che ha sostituito quella cartacea; approntati i dettagli con l'interfaccia informatica piattaforma Web "sistema di accoglienza Ligure fruibile dal portale Liguria Informa Salute. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Categorizzazione del rischio delle imprese alimentari (DGR 1391/2011 ai sensi Reg. 852/2004 Ce; Reg 853/2004 Ce) (SC Sicurezza Alimentare)
INDICATORE		Nr imprese alimentari in 1 ^a fascia con categorizzazione del rischio
TARGET 2014		Categorizzazione del rischio per almeno il 99 % delle imprese alimentari in 1 ^a fascia comprese quelle soggette a riconoscimento ai sensi del Reg.853/2004 Ce. Estrazione dati procedura Avelco
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Categorizzato il 99,5% delle imprese alimentari di fascia 1 ai sensi della DGR 1391/2011. Obiettivo raggiunto ☺
INDICATORE		Contenimento spesa e dematerializzazione cartaceo in ordine alla procedura di spedizione telematica ASTENSIONE DAL LAVORO PER GRAVIDANZE A RISCHIO (SC Medicina Legale)
INDICATORE		invio telematico a INPS - DATORE DI LAVORO E UTENTE
TARGET 2014		rispetto tempistica invio - 7 gg e contenimento spesa postale e cartaceo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Istruite e definite n. 2036 pratiche di astensione anticipata per gravidanza. La tempistica relativo all'invio - 7giorni è stata rispettata. La documentazione è stata scansionata e per tutti gli invii si è proceduto con trasmissione telematica agli enti preposti. Completo utilizzo della procedura di protocollo/prot PES e conseguente dematerializzazione cartaceo. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A4	Miglioramento ed efficientamento dei flussi per il debito informativo interno e verso le istituzioni
OBIETTIVO STRATEGICO	Sistematizzazione della raccolta, elaborazione, divulgazione e pubblicazione dei dati controllati relativi alle attività aziendali con adozione di indicatori per la valutazione della correttezza e della qualità dei flussi.
	Miglioramento informatizzazione residenzialità: modalità e tempistica per richiesta fattura attiva mensile per quote sociali strutture a gestione diretta (SSD Funzione Amministrativa Dip. di Solute Mentole)
INDICATORE	Rispetto tempistica invio documentazione per richiesta emissione fattura attiva
TARGET 2014	Entro 15 gg dalla chiusura del mese invio alla SC Bilancio della documentazione per emissione mensile fattura attiva.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014	Attestazione Direttore Dip. Economico di raggiungimento dell'obiettivo (pagamento fatture con tempistica 60/70 gg). Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A5		Prevenzione e Screening
OBIETTIVO STRATEGICO		Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di <i>prevenzione primaria, secondaria e terziaria</i> .
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione attività di prevenzione individuate all'interno del piano Aziendale <i>Prevenzione (SSCC Oistretti, SC PSAL, SC Sicurezza Alimentare, SSO Popolazione o rischio, S.S.O. Centro Oisturbi del comportamento alimentare)</i>
INDICATORE		% di attuazioni delle azioni previste dal PAP
TARGET 2014		Raggiungimento per singolo progetto del 90% degli indicatori attesi al 31/12/2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p><u>SS.CC. Distretti Socio Sanitari</u>: Il progetto del PAP "Gestione integrata BPCO" è stato parzialmente raggiunto, come da relazione Coordinatore PAP in quanto non sono stati identificati i soggetti a rischio o con sintomi di BPCO e non ancora completamente implementati percorsi di gestione integrata. Anche il progetto di prevenzione delle lesioni da decubito è stato parzialmente raggiunto. Gli altri progetti sono stati realizzati. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. PSAL</u>: Le azioni previste nel Piano sono state realizzate, ad eccezione del progetto "Campagne informative lavoratori Asl su tossicodipendenze" che è stato parzialmente raggiunto come da relazione del coordinatore PAP, pertanto l'obiettivo è da ritenersi raggiunto al 90%. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.C. Sicurezza Alimentare</u>: Le azioni previste nel Piano per alcuni progetti non sono state realizzate al 90%, come da relazione del coordinatore PAP. Obiettivo porz. raggiunto ☺</p> <p><u>S.S.D. Popolazione a Rischio</u>: Raggiungimento per singolo progetto del 90% degli indicatori attesi al 31/12/14. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p><u>S.S.D. Centro Disturbi Comportamento Alimentare</u>: Le azioni previste nel Piano sono state realizzate, come da relazione del coordinatore PAP. Obiettivo raggiunto ☺</p>
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione attività di <i>prevenzione della struttura all'interno del piano Aziendale Prevenzione (SC Ass. Consultorio)</i>
INDICATORE		% di attuazioni delle azioni previste al cap 3 del PAP "Salute riproduttiva e sostegno alla genitorialità"
TARGET 2014		Raggiungimento per singolo progetto previsto al cap. 3 del PAP del 90% degli indicatori attesi al 31/12/2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		I progetti del PAP "Mamme oltre il blu", "mutilazioni genitali femminili" e "Contenimento IVG femminili" sono stati parzialmente raggiunti, come da relazione Coordinatore PAP. Gli altri progetti sono stati realizzati. Obiettivo porz. raggiunto ☺

AREA: A5		Prevenzione e Screening
OBIETTIVO STRATEGICO		Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione Obiettivi di Screening Anna 2014 (SC Assistenza Consultoriale)
INDICATORE		% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate
TARGET 2014		Pap test di screening effettuati \geq 5% rispetto al 2013. Pianificazione attività personale ostetrico per esecuzione di 11.000 Pap test / HPV di screening), in caso di offerta abbinata dei due test.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		prelievi citologici eseguiti: 11370 realizzando un + 3398 rispetto al 2013. Obiettivo raggiunta 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitoraggio del P.A.P. e realizzazione delle azioni previste dal Piano. (SC Igiene e Sanità Pubblica)
INDICATORE		Rispetto dei tempi per la reportistica del Piano Aziendale. Grado di realizzazione delle attività programmate per la S.C. I.S.P., ai sensi del P.A.P 2014
TARGET 2014		Monitoraggio dei progetti del Piano Aziendale, con invio reportistica semestrale entro 30 gg dalla chiusura del semestre. Realizzazione del 100% delle azioni previste dal Piano
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Monitoraggi e reportistica inviati nei termini. Le azioni previste nel Piano per alcuni progetti non sono stati realizzate al 100%, come da relazione di coordinatore PAP. Obiettivo parz. raggiunta 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Incremento delle coperture vaccinali per influenza nei soggetti >65 anni (SC Igiene e Sanità Pubblica)
INDICATORE		%soggetti vaccinati
TARGET 2014		75%. Statistiche ARS
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nr dei vaccinati risulta inferiore all'obiettivo prefissato. La minore adesione è da attribuirsi al timore di gravi complicanze correlate al vaccino diffuse dai media. Obiettivo raggiunta 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Incremento delle coperture vaccinali per MPR per dose entro i due anni di età (SC Igiene e Sanità Pubblica)
INDICATORE		% soggetti vaccinati
TARGET 2014		95%. Statistiche ARS
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		coorte del 2011: 85,3% coorte del 2007: 95,8% in sostanza il tasso di vaccinazione è raggiunto sebbene in tempi più dilatati. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A5		Prevenzione e Screening
OBIETTIVO STRATEGICO		Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Piano regionale di Prevenzione in Edilizia. (SC PSAL)
INDICATORE		Nr cantieri controllati
TARGET 2014		> 650 cantieri
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		N° complessivo di cantieri ispezionati = 694. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Incremento dell'attività di profilassi sanitaria anemia infettiva equina (SC Sonità Animole)
INDICATORE		Nr scuderie nelle quali è effettuata profilassi equina
TARGET 2014		almeno 400 aziende equine controllate, in considerazione che la normativa prevede un controllo ogni 2 anni oltre 1200 capi controllati. Flussi regionali/ministeriali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore S.C.: Intervenute modifiche normative rispetto a quanto stabilito in sede di budget. Tale dispositivo ha ridotto il numero a 210 di allevamenti e 596 capi equini da sottoporre ad accertamenti diagnostici per anemia infettiva equina. La S.C. ha effettuato controlli su 270 allevamenti e su 1108 equini. Tutti i flussi regionali e ministeriali previsti sono stati compilati ed trasmessi nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Piano di sorveglianza sierologica ed entomologica per il virus della blue tongue (SC Sonità Animole)
INDICATORE		% Espletamento degli accertamenti diagnostici previsti dal piano nazionale di sorveglianza sierologica ed entomologica (90 campionamenti mensili presso allevamenti) % di registrazione degli accertamenti
TARGET 2014		Effettuazione del 80% degli accertamenti dovuti. 100% accertamenti registrati. Flussi regionali/ministeriali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore S.C.: Sono stati il 96,4% dei campionamenti dovuti. Il 100% degli accertamenti effettuati è stato regolarmente registrato. Tutti i flussi regionali e ministeriali previsti sono stati compilati ed trasmessi nei tempi previsti. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A5		Prevenzione e Screening
OBIETTIVO STRATEGICO		Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
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 Sonità Animole)
INDICATORE		Controllo del patrimonio zootecnico aziendale anno 2013
TARGET 2014		100% allevamenti controllati, secondo normativa, e mantenimento qualifica ufficialmente indenne per allevamenti che hanno già raggiunto tale obiettivo. Flussi regionali/ministeriali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore S.C.: la qualifica di regione ufficialmente indenne da brucellosi bovina e ovi-caprina, rilasciata da parte della Comunità Europea, ha ridotto nr di allevamenti e nr di capi da sottoporre ad accertamenti diagnostici, prevedendo un controllo biennale per ogni allevamento. Sottoposti ad accertamenti diagnostici il 100% degli allevamenti controllabili, il 100% degli allevamenti controllabili ha mantenuto la qualifica di ufficialmente indenne per le malattie in esame. Controllati per tubercolosi bovina 251 allevamenti e 2496 capi, per brucellosi bovina 134 allevamenti e 1094 capi, per brucellosi ovi-caprina 317 allevamenti e 1844 capi. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione Obiettivi di Screening Mammografico (SSD Popolazione o rischio)
INDICATORE		1) % di donne invitate allo screening rispetto alla popolazione bersaglio. 2) % di donne che hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate
TARGET 2014		1) pz invitate 2013 + 2014 > al 95% della popolazione bersaglio del biennio 2013 / 2014 2) incremento del 5% rispetto al 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) pz invitate anno 2013 nr. 67.108, pz invitate anno 2014 nr. 43935 anno 2014 totale pz invitate 111.043 della popolazione bersaglio biennio 2013 - 2014 pari al 103%. La % > del 100% è riconducibile ad inviti inoltrati ad assistite a cui, negli anni precedenti alla riorganizzazione aziendale dell'offerta dello screening mammario, non era stata data la possibilità di aderire/riaderire al programma. 2) nr. 43935 donne invitate, nr. 21786 donne che hanno partecipato. La % di donne che ha partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate è pari al 50%. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A5		Prevenzione e Screening
OBIETTIVO STRATEGICO		Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto	Realizzazione Obiettivi di Screening della Cervice Uterina (SSD Popolazione o rischio)
INDICATORE		1) % di donne invitate allo screening rispetto alla popolazione bersaglio. 2) % di donne che hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate
TARGET 2014		1) pz invitate 2012 + 2013 + 2014 > al 90% della popolazione bersaglio del triennio 2012 / 2013 / 2014 2) incremento del 5% rispetto al 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) pz invitate anno 2012 nr. 21.669, anno 2013 nr. 70742, anno 2014 nr. 89626 totale pazienti invitate 182.037 della popolazione bersaglio biennio 2012 - 2013 - 2014 pari al 93,71% 2) nr. 89.626 donne invitate, nr. 12.216 donne che hanno partecipato. La % di donne che ha partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate è pari al 14 %. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto	Realizzazione Obiettivi di Screening del Colon Rettale (SSD Popolazione o rischio)
INDICATORE		1) % di pz invitati allo screening rispetto alla popolazione bersaglio. 2) % di pz che hanno partecipato allo screening rispetto ai pz invitati
TARGET 2014		1) pz invitati 2013 + 2014 > al 80% della popolazione bersaglio del biennio 2013 / 2014 2) incremento del 5% rispetto al 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) pz invitati anno 2013 nr. 116.767, pz invitati anno 2014 nr. 82.342, totale pz invitati 199.109 della popolazione bersaglio biennio 2013 - 2014 pari al 96,12%. 2) nr. 82.342 assistiti invitati, nr. 24.130 assistiti che hanno partecipato. La % di assistiti che ha partecipato allo screening del tumore del colon retto rispetto agli assistiti invitati è pari al 29 %. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A6		Governo delle liste di atteso secondo il criterio delle classi di priorità
OBIETTIVO STRATEGICO		Pieno utilizzo delle classi di priorità e di tutti i campi obbligatori della ricetta SSN per le prescrizioni ambulatoriali al fine di migliorare il governo delle liste di attesa per le prenotazioni sia ambulatoriali
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Potenziamento attività Cure Domiciliari (SSCC Distretti)
INDICATORE		% di over 65 in carico rispetto a popolazione over 65 del distretto. Lista di attesa presa in carico. Nr di prese in carico proattive sul totale delle prese in carico
TARGET 2014		Garantire la copertura del 3,5% degli utenti over 65 del distretto. Lista di attesa assente. Entro 30/6 presentazione progetto presa in carico proattiva. Entro 31/12 evidenza di utenti in carico secondo quanto previsto dal progetto. Fonte SPD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<p>S.C. OSS 8: pz seguiti dalle cure domiciliari = 1161 pari al 4,1% della popolazione over 65 anni. Progetto "prevenzione danni da immobilità rivolta agli utenti che ricevono ausili antidecubito" nr. 30 pz coinvolti. Progetto pz a rischio di insufficienza cardiaca nr 2 pz coinvolti. Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>S.C. OSS 9: pz seguiti dalle cure domiciliari = 942 pari al 2,9% della popolazione over 65 anni. Progetto "prevenzione danni da immobilità rivolta agli utenti che ricevono ausili antidecubito" nr. 40 pz coinvolti. Progetto pz a rischio di insufficienza cardiaca nr 12 pz coinvolti. Obiettivo parz. raggiunto ☺</p> <p>S.C. O.S.S. 10: pz seguiti dalle cure domiciliari = 959 pari al 3,5 % della popolazione over 65 anni. Progetto "prevenzione danni da immobilità rivolta agli utenti che ricevono ausili antidecubito" nr. 44 pz coinvolti. Progetto pz a rischio di insufficienza cardiaca nr 2 pz coinvolti Obiettivo raggiunto ☺</p> <p>S.C. O.S.S. 11: pz seguiti dalle cure domiciliari = 1310 pari al 3,2% della popolazione over 65 anni. Progetto "prevenzione danni da immobilità rivolta agli utenti che ricevono ausili antidecubito" nr. 34 pz coinvolti. Progetto pz a rischio di insufficienza cardiaca nr 4 pz coinvolti. Rispetto al primo punto Obiettivo parz. raggiunto ☺</p> <p>S.C. O.S.S. 12: pz seguiti dalle cure domiciliari = 1111 pari al 3% della popolazione over 65 anni. Progetto "prevenzione danni da immobilità rivolta agli utenti che ricevono ausili antidecubito" nr. 51 pz coinvolti. Progetto pz a rischio di insufficienza cardiaca nr 2 pz coinvolti. Obiettivo parz. raggiunto ☺</p> <p>S.C. D.S.S. 13: pz seguiti dalle cure domiciliari = 1142 pari al 4,3% della popolazione over 65 anni. Progetto "prevenzione danni da immobilità rivolta agli utenti che ricevono ausili antidecubito" nr. 19 pz coinvolti. Progetto pz a rischio di insufficienza cardiaca nr 5 pz coinvolti. Obiettivo raggiunto ☺</p>



AREA: A6		<i>Governo delle liste di atteso secondo il criterio delle classi di priorità</i>
OBIETTIVO STRATEGICO		Pieno utilizzo delle classi di priorità e di tutti i campi obbligatori della ricetta SSN per le prescrizioni ambulatoriali al fine di migliorare il governo delle liste di attesa per le prenotazioni sia ambulatoriali
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Revisione dell'attività ambulatoriale territoriale e ospedaliera aziendale alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Fatturato Atteso = €. 100.000 per medico completamente dedicato all'ambulatorio) con conseguente riassortimento dell'offerta in termini di sede ed orari (<i>SC Cure Primorie</i>)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto elaborato in collaborazione con il Direttore POU e Direttore Dipartimenti/SS.CC.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con nota 63211 del 6/5 il Direttore ha prodotto il documento. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
DBIETTIVO STRATEGICD		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto "Verso una sanità che si prende cura" (Tutte SS.CC.)
INDICATDRE		Attivazione, a livello dipartimentale, di azioni di miglioramento dell'accoglienza del cliente esterno e/o interno sulla base di quanto emerso dai Focus group realizzati nell'anno 2013.
TARGET 2014		Entro 30/6/2014: Attivazione dell'azione individuata e definizione degli strumenti per la valutazione della ricaduta Entro 31/12/2014: Attivazione del processo di valutazione della ricaduta attraverso gli strumenti individuati (questionari rivolti all'utenza o agli operatori, focus group rivolti all'utenza o agli operatori, analisi reclami, ecc)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Staff DS: tutte le strutture aziendali chiamate a collaborare hanno risposto positivamente apportando il loro contributo specifico. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Supporto organizzativo alla presa in carico gestionale dei punti prelievi distrettuali da parte del Laboratorio Analisi (SSCC Distretti 8 e 12) , collaborazione alla realizzazione dell'obiettivo distretti 9, 10, 11 e 13)
INDICATORE		Evidenza omogeneizzazione aziendale su tutti i punti prelievi distrettuali
TARGET 2014		Adesione di tutti i punti prelievi alle procedure aziendali entro 30/04 (rendicontazione conclusiva del Direttore SC Laboratorio Analisi)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nota Direttore Dip. Patologia Clinica del 28/04/2014. Creazione di un gruppo interdisciplinare con i Distretti Steso il manuale dei Centri Prelievi. Obiettivo raggiunto ☺
Dbiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Coordinamento per i Distretti dei percorsi di autorizzazione, accreditamento e certificazione in collaborazione con la Struttura Accreditamento e Qualità (SC Distretto 8), collaborazione alla realizzazione dell'obiettivo distretti 9, 10, 11, 12 e 13).
INDICATDRE		Percorso autorizzazione e accreditamento per rinnovo
TARGET 2014		Revisione esistente entro 31/03. Completamento dei percorsi (evidenza documenti) entro ottobre 2014. Relazione conclusiva del Direttore DSS8
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Istanza di rinnovo dell'accreditamento dei Distretti e del Dipartimento di Salute Mentale prot. 54651 del 18.04.2014. Dbiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		<i>Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni</i>
DBIETTIVD STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Manutenzione del sistema di valutazione/controllo dei carichi di lavoro già in uso nella SC (SC Ass Consultoriole)
INDICATORE		Report semestrali
TARGET 2014		Report semestrali entro 30 gg dalla chiusura del semestre che rilevino per figura nr prestazioni/nr utenti; scostamento rispetto allo standard della struttura ed azioni correttive
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Elaborati i report , raccogliendo i dati per figura professionale attraverso i due sistemi informativi aziendali (Sportello Polifunzionale - DWH e ISES WEB); ciò ha consentito con riferimento agli psicologi la revisione delle modalità di assegnazione dei casi segnalati dal TM o ATS Area Tutela Minori a rischio, in modo da rispettare i tempi di presa in carico nonostante la diminuzione delle risorse a seguito di dimissione di 2 psicologi. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Evidenza di protocolli condivisi per inserimenti minori in residenzialità - con Dipartimento Salute Mentale sulla gestione dei pazienti con comorbilità - con Comune di Genova/Direttori Distretti sanitari per inserimenti in CEA Alta intensità (SC Ass Consultoriole)
INDICATORE		Evidenza protocollo ed applicazione dello stesso
TARGET 2014		Entro 30/6 proposta protocollo con OSM con contestuale applicazione dal 1/7 Entro 30/10 proposta protocollo con Comune di Genova e contestuale applicazione dal 1/11/2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nel 2014 è entrato a regime il protocollo operativo (Deliberazione n. 723 del 12/12/2013) relativo ai minori del circuito penale con il Sistema Servizi Minorili/ASL (SCAC/OSM, SS Tutela Salute Ambito Penitenziario). Partecipato al tavolo regionale attivato presso l'Assessorato alle Politiche sociali sulle nuove linee guida sugli standard strutturali, organizzativi e qualitativi dei servizi e delle strutture per minorenni, in fase di definizione il protocollo regionale. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento della presa in carico psicologica dei minori, compresa l'area della tutela, e omogenizzazione della modalità di presa in carico. Sperimentazione di nuova procedura di accesso e prenotabilità ai servizi offerti dalla S.C. Assistenza Consultoriale. (SC Ass Consultoriale)
INDICATORE		Nr utenti per ogni psicologo Nr prestazioni medie erogate per ciascun utente Evidenza della nuova procedura di prenotabilità e accessibilità ai servizi consultoriali
TARGET 2014		Il 100% degli psicologi devono avere almeno 110 pz in carico nel 2014 la media delle prestazioni ad utente è pari o inferiore a 10. Entro il 30/06 elaborazione delle istruzioni di lavoro in merito alle procedure di prenotabilità e accessibilità ai servizi offerti. Entro il 31\12 sperimentazione della nuova procedura in tutti i DSS.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Tutti gli psicologi hanno rispettato tale parametro. Il raggiungimento di tale obiettivo è stato comunque uno dei parametri di valutazione di tale figura professionale. A partire dal 1/12/2014 un servizio di "Accoglienza Consultoriale," operativo tutti i martedì dalle 8.30 alle 12 in tutte le sedi principali dei Distretti socio-sanitari, con la funzione di accogliere l'utente in accesso diretto. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Applicazione indicazioni Accordo Stato regioni del 25/7/2012 (art 2 comma 4-5) in materia di continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (SSD Cure Poliotive)
INDICATORE		Nr accessi personale medico e infermieristico in regime di presa in carico. Nr accessi altre figure professionali integrate Nr accessi personale per livello di base (prestazionale)
TARGET 2014		Implementazione dell'attività ambulatoriale sul territorio Entro 30/06 Attivazione di almeno 1 ambulatorio di "simultaneous care" con oncologia ospedaliera. Incremento 10% degli accessi complessivi rispetto Anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Esteso attività ambulatoriale (Fiumara, Nervi, Struppa, Recco) Prestaz. Amb. Da 1.233 a 1.572; Accessi medici da 2.654 a 3.043 + 14%; Accessi infermieristici da 7.484 a 7.822 +4,5%. Obiettivo raggiunto ☺

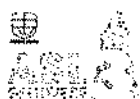
AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Formazione multidisciplinare degli operatori per il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'assistenza (art 2, comma 6 accordo Stato regioni 25 luglio 2012) (SSD Cure Palliative)
INDICATORE		Nr corsi attivati nell'anno
TARGET 2014		Almeno 3 corsi attivati nell'anno per differenti tipologie di operatori della Rete di cure Palliative (MMG, personale CP, infermieri Cure Oomiciliari)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Condotti corsi di formazione rivolti non solo al personale afferente al Servizio di Cure Palliative (1 corso -10 incontri di livello 2) ma anche ad operatori delle cure domiciliari (4 corsi nei DSS 8-10-12-13) i, dei servizi di continuità assistenziale (1 corso) ai giovani medici di medicina generale al II-III anno di specializzazione (1 corso) , al corso di Laurea in Scienze Infermieristiche II-III anno (2 corsi-AOE). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Continuità assistenziale ed interventi programmati per il supporto alla famiglia e/o al care-giver (art 5, comma 2) (SSO Cure Palliative)
INDICATORE		Nr accessi medici in pronta disponibilità nei giorni festivi. Nr accessi in pronto soccorso in giorno festivo di paziente seguito dal servizio
TARGET 2014		Entro 30/05 Estensione della pronta disponibilità medica nei giorni festivi, anche attraverso l'integrazione con il "no-profit" Monitoraggio nr accessi medici nei giorni festivi e nr accessi al ps nei giorni festivi dei pz seguiti dalle cure palliative. Report trimestrale al CCO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Attraverso un accordo convenzionale con l' Associazione Gigi Ghirotti di Genova si è istituita una pronta disponibilità medica nei giorni festivi (anche infrasettimanali) e prefestivi per garantire equità degli accessi e delle risposte ai bisogni ai pazienti della Rete Metropolitana di cure Palliative. Tale servizio è stato attivato nel febbraio 2014. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Progetto di mappatura delle competenze all'interno della Struttura Complessa (SSO Cure Polliotive, S.S.O. Tutelo solute in ambito penitenziario, SSCC CSM, SSCC SPOC)
INDICATORE		1) Incontro informativo di presentazione del progetto. 2) Scheda di mappature compilata per il profilo di: Infermiere Professionale
TARGET 2014		Entro il 31/10 convocazione incontro e redazione verbale Entro il 31/12 presentazione scheda di mappatura compilata
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: effettuati incontri entro i termini previsti 2) Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: evidenza scheda di mappatura compilata per il profilo professionale richiesto. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Promozione della cultura della Best Practice (SSO Cure Polliotive, SSC Oipartimento di Prevenzione, SC Igiene e Sanità pubblico, SSCC CSM, SC Sert)
INDICATORE		1) Partecipazione corso FAD 2) Indicazione di nr.1 Best Practice per profilo professionale
TARGET 2014		1) Entro il 31/12 partecipazione 80% del personale al corso FAO 2) Entro il 31/12 individuazione nr.1 Best Practice per profilo professionale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: entro i termini previsti effettuato corso FAO dall'80% del personale 2) Relazione Direttore SC Professioni Sanitarie: evidenza verbale con riepilogo Best Practice individuate per profilo professionale. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Prevenzione episodi di infezione TBC sulla popolazione detenuta (S.S.O. Tutelo solute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Applicazione protocollo di screening. Scheda di monitoraggio infezioni. Formazione personale Ammin.zione Penitenziaria
TARGET 2014		Applicazione protocollo di screening al 100% nuovi giunti Estensione monitoraggio ai pazienti non sottoposti a test di ingresso. Compilazione 100% schede monitoraggio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Totale ingressi dalla libertà nel 2014:958. Protocollo applicato su tutti i nuovi giunti: 100%. Protocollo esteso ai detenuti definitivi della II IV VI Sezione c.c Marassi per un totale di 150 detenuti. Compilazione schede circa 1100. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Prevenzione patologia diabete insulino dipendente sulla popolazione detenuta (S.S.D. Tutelo salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Elaborazione griglia di monitoraggio di concerto con Diabetologia DIMI San Martino per la selezione dei pazienti a rischio
TARGET 2014		Applicazione monitoraggio ad almeno il 30% della popolazione detenuta
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		al 27/10/2014 alla c.c Marassi erano presenti 676 detenuti di cui 30 affetti da diabete=4.4 % uguale alla media nazionale. A tutti è stato applicato il monitoraggio con il prelievo di ingresso o con prelievo di controllo, oltre che la scheda elaborata. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Monitoraggio eventi auto-eterolesivi da parte dei detenuti presso il centro clinico (S.S.O. Tutelo salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Evidenza scheda contenente items rilevazione e descrizione eventi
TARGET 2014		Entro 30/6 predisposizione scheda. Compilazione schede per 100% casi rilevati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		La scheda è stata applicata alla totalità del campione del centro clinico 55 detenuti. Da ciò è emerso che l'11% del campione ha avuto eventi autolesivo di vario tipo. Gli atti eterolesivi sono risultati il 5%. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Valutazione qualità dell'assistenza all'interno del centro clinico (S.S.O. Tutelo salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Elaborazione questionario di customer satisfaction
TARGET 2014		Entro 30/6 adozione questionario. Entro 31/12 somministrazione questionario ad almeno 70% detenuti ricoverati
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Sono stati somministrati 53 questionari e ne sono stati restituiti 38, il 71,7 % dei questionari somministrati. Per gli aspetti relativi alla relazione la maggioranza degli intervistati appare soddisfatta della relazione con gli infermieri. Si è osservato tutti i parametri hanno ottenuto un giudizio ottimo superiore al 50%. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Comparto	Applicazione progetto sulle strutture penitenziarie in collaborazione tra SC SERT e S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario (S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario, SC Sert)
INDICATORE		Applicazione progetto
TARGET 2014		100% Nr pz seguiti in maniera integrata tra SC Sert e S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		In modo congiunto sono stati seguiti il 100% dei detenuti tossicodipendenti, e cioè su 671 detenuti al 31/12/2014 247 cioè il 37%. Dei detenuti tossicodipendente poi, il 76% è seguito congiuntamente con i sert esterni, viceversa il 24% dal Sert interno. Obiettiva raggiunta ☺
Obiettivo operativa	Comparto	Definizione e adozione del Programma aziendale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale (annuale), sulla scorta delle indicazioni regionali: a) DGR 30/3/2012 n. 364; b) Programma regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale (triennale), ai sensi della DGR 193/2014 (S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario)
INDICATORE		Evidenza programma annuale aziendale
TARGET 2014		Entro 30/04 approvazione programma
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Presentato regolarmente entro il 30/4/2014 e ritenuto idoneo; non è stato adottato un provvedimento formale. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riprogrammazione delle modalità dell'offerta vaccinale con differenziazione 0-12 mesi di pertinenza della S.C. Ass. Consultoriale e 13-36 mesi di pertinenza S.C. Igiene e Sanità Pubblica. (SC Igiene e Sanità Pubblica)
INDICATORE		percentuale di soggetti vaccinati di età compresa 13-36 mesi
TARGET 2014		Entro il 30/5/2014 completamento della riprogrammazione offerta in accordo con la S.C. Ass. Consultoriale. Entro il 31/12/2014 vaccinazione di almeno 80% dei soggetti di età compresa 13 - 36 mesi. Statistiche ARS
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Entro il 30/05 completata la riorganizzazione dell'offerta vaccinale in accordo con il Consultorio. Al 31/12 sono stati vaccinati 5160 bambini nella fascia tra 13 e 36 mesi pari al 80,1% . Obiettiva raggiunta ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto/ Direttore Dip.	Miglioramento del processo di riscossione delle tariffe previste dalla D.G.R. n. 1197 del 4/10/2013 per le prestazioni erogate dalla S.C. Igiene e Sanità Pubblica. (SC Igiene e Sanità Pubblica, SC PSAL, SC Sicurezza Alimentare, SC Sanità Animale e SSD Funzione Amm.vo Oip. Prevenzione). Coordinamento al fine del miglioramento del processo (Direttore Dip. Prevenzione)
INDICATORE		Nr richieste di pagamento inviate entro i termini previsti dalla procedura. Nr documenti di avvenuto pagamento controllati
TARGET 2014		Da 1/3 Applicazione istruzioni operative della nuova procedura Almeno il 90% delle richieste di pagamento avviene entro i termini previsti dalla procedura. Verifica del 100% dei riscontri di avvenuto pagamento
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Igiene e Sanità Pubblica:</u> Al 31/12 inviate 1882 richieste di pagamento nei termini previsti, pari al 96% delle richieste inviate, mentre è stato verificato il 100% dei riscontri di avvenuto pagamento. Vedasi nota n. 42080832 del 23.04.2015 a firma del Direttore SC Bilancio. Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C.PSAL., S.C. Sicurezza Alimentare, S.C. Sanità Animale, SSD Funzione Amm.vo Dip. Prevenzione:</u> Vedasi nota n. 42080832 del 23.04.2015 a firma del Direttore SC Bilancio: "sostanziale equilibrio tra incassi 2014 e 2013, durante l'anno sono state applicate, in via sperimentale, le modalità operative che sono state tramutate in Istruzioni Operative denominate GEN-DPR-PR Applicazione 194/08. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto/	Attivazione Sportello Unico Prevenzione. (SC Igiene, SC PSAL) Coordinamento per l'attivazione (Direttore Oip.Prevenzione) Partecipazione all'attivazione (SSO Funz. Amm.vo Dip.Prev)
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 30/6 Evidenza progetto che preveda l'individuazione set di informazioni standard da garantire per tutte le strutture del dipartimento, nr e competenze del personale da assegnare, modalità di funzionamento e di interazione. Procedura informatica/gestionale di presa in carico del cittadino che accede allo sportello. Da 1/11 apertura Sportello Aziendale Prevenzione relativamente alle attività della SSCC Igiene e Medicina Legale. Da 1/1/2015 Integrazione nello sportello delle informazioni/competenze/personale di tutte le strutture del Dip.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Predisposto il progetto dell'attivazione dello Sportello nei termini previsti. Criticità nell'operatività del progetto. Obiettivo parz. raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Apertura Sportello Unico Medicina Legale e successiva confluenza nell'istituendo Sportello Unico Aziendale della Prevenzione (SC Medicina Legale)
INDICATORE		Tempistica Apertura sportello e confluenza nell'istituendo Sportello Unico Aziendale della Prevenzione
TARGET 2014		Entro 31/03 apertura Sportello Unico Medicina Legale Entro 30/6 Evidenza progetto che preveda l'individuazione set di informazioni standard da garantire di pertinenza della medicina Legale all'interno dello Sportello Unico Prevenzione. Da 1/11 Confluenza dello Sportello Medicina Legale all'interno dello Sportello Unico Prevenzione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Attivato sportello Medicina legale da aprile 2014 con numero telefonico dedicato e apertura su due giorni settimanali. Elaborate, tramite gruppo di lavoro istituito con personale del Dipartimento, set di informazioni standard. Sportello dedicato non ancora confluito nello Sportello Unico perchè slittato nel 2015. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Mantenimento tempistiche consolidate in termini di visite Invalidità civile, patenti ... (SC Medicina Legale)
INDICATORE		1) Tempi di attesa tra acquisizione domanda da INPS e visita da parte della Commissione ASL. Tempo di trasmissione all'INPS esiti visita. 2) GG di attesa dalla prenotazione della visita patente
TARGET 2014		1) Mantenimento tempi di attesa Anno 2013 2) Effettuazione della visita entro 30 gg dalla prenotazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) Tempi medi per invalidità civile rispettati; per L. 104/92 e L. 68/99 in media 60 gg per carenza assistenti sociali. 2) Relazione Direttore S.C.: Rispettato il termine di effettuazione della visita entro 30 gg. dalla prenotazione. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Recupero importi relativi a visite fiscali, attraverso l'inserimento dei dati necessari per la fatturazione. Miglioramento della procedura informatizzata con affinamento qualità dati (SC Medicina Legale e SSO Funzione Amm.vo Oip. prevenzione)
INDICATORE		Rispetto tempistica fatturazione. % scarti informatici del flusso
TARGET 2014		Fatturazione del trimestre entro il mese successivo alla scadenza del trimestre. Corretta suddivisione delle pratiche (equitalia/fatture attive)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Preso atto della nota n. 42080832 del 23.04.2015 a firma del Direttore SC Bilancio e delle controdeduzioni fornite dal Referente amministrativo della SC Medicina Legale che evidenziano che la registrazione sul programma informatico è stata fatta e vista l'esiguità delle prestazioni per le quali richiedere il pagamento (circa 30 visite). Obiettivo Parzialmente raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Applicazione della legge regionale in tema di attività estrattive LR 12/2012 e s.m. (SC PSAL)
INDICATORE		Organizzazione di un incontro/confronto con le aziende operative; Istituzione, organizzazione e sistematizzazione dei fascicoli di ciascuna industria estrattiva e successiva gestione dei relativi flussi informativi. Nr. interventi di vigilanza ispettiva tematica nelle cave attive.
TARGET 2014		Almeno un incontro/confronto con le aziende nel 1° trimestre 2014. Organizzazione e sistematizzazione dei flussi entro il 30 giugno 2014. Vigilanza ispettiva entro il 31 dicembre 2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore S.C.: 1° trimestre effettuato incontro/confronto conoscitivo con le aziende del settore (cave). I flussi informativi organizzati nel gestionale AVELCO con apposita classificazione. Iniziata l'attività ispettiva (due interventi) in congiunta con l'ARPAL. Le 6 aziende estrattive in funzione sono state oggetto di almeno un intervento ispettivo. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Applicazione del protocollo d'intesa 1° luglio 2013 sugli infortuni sul lavoro. (SC PSAL)
INDICATORE		Rispetto tempistica gestione dei singoli fascicoli dalla trasmissione INAIL. Catalogazione degli eventi ed individuazione di potenziali responsabilità a cura dei tecnici Avvio di indagine
TARGET 2014		Trattazione del 100% delle segnalazioni entro 30 gg dal ricevimento. Catalogazione del 100% dei fascicoli entro 30 gg dall'assegnazione. Atti di indagine su almeno il 50% degli infortuni prioritari assegnati con registrazione nell'arco temporale di interesse.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nel 2014 risultano chiusi 256 fascicoli contro i 138 del 2013 con un carico di lavoro del + 118%. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Predisposizione sistema informatizzato di registrazione dell'attività oggetto dell'audit regionale, previsto per luglio 2014, "Verifica dei metodi di campionamento e analisi, adottati dalle ACT (autorità competenti territoriali) e da parte del sistema dei laboratori nell'ambito dell'attività di controllo ufficiale ai sensi del Reg. CE 882/2004 e dell'attività di controllo rispetto ai laboratori di autocontrollo". (SC Sonitò onimole)
INDICATORE		Evidenza data base
TARGET 2014		Piena operatività per i nuovi campionamenti entro il 30/06/2014 e raccolta dei dati storici (dal 2008 al 2013) entro il 31/12/2014. Report Regione.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore S.C.: Entro il 30 giugno è stato reso pienamente operativo il sistema informatizzato di registrazione dell'attività in esame. Entro il 31 dicembre sono stati inseriti tutti i dati storici a far data dall'anno 2008. Evidenza report. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Incremento della attività da svolgersi in modo integrato tra il personale delle strutture di provenienza della SC Sicurezza Alimentare (SC Sicurezza Alimentare)
INDICATORE		Predisposizione elenco delle aziende alimentari a livello industriale con entrambe le tipologie di alimenti, sia di origine animale che vegetale.
TARGET 2014		Esecuzione congiunta del 100% di audit nelle aziende individuate, tra gli audit indicati dalla R.L. Report Regione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Predisposto elenco delle imprese che producono e/o trasformano e/o distribuiscono alimenti da uditare in base programmazione PRISA 2014. il 100% degli audit previsti è stato effettuato congiuntamente. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Direttore dip.	Organizzazione e coordinamento degli operatori della Sc Sicurezza Alimentare al fine di incrementare le attività da svolgersi in modo integrato tra il personale delle ex strutture confluite nella SC Sicurezza Alimentare (Direttore Dip. Prevenzione)
INDICATORE		Predisposizione elenco delle aziende alimentari a livello industriale con entrambe le tipologie di controllo degli alimenti, sia di origine animale che vegetale.
TARGET 2014		Esecuzione congiunta del 100% di audit nelle aziende individuate, tra gli audit indicati dalla R.L. Report Regione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Predisposto elenco delle imprese che producono e/o trasformano e/o distribuiscono alimenti da uditare in base programmazione PRISA 2014. il 100% degli audit previsti è stato effettuato congiuntamente. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Direttore dip.	Riorganizzazione del personale medico dipendente e convenzionato afferente alla SC Sicurezza Alimentare e alla SC Igiene e Sanità Pubblica al fine di garantire un monte ore settimanale all'attività della SC Medicina Legale. (Direttore Dipartimento Prevenzione)
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione Nr ore settimanali dirigenza medica destinate all'attività della SC Medicina Legale
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto. Nr ore medico settimanali delle due S.C. destinate all'attività della Medicina Legale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Destinate 34 h settimanali di personale medico convenzionato alla Sc Medicina Legale stornandole dalla Sc igiene. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Direttore dip.	Adozione <i>madella</i> di gestione integrata dipartimentale del personale amministrativa di concerto con la SSD Direzione Amministrativa Dip. Prevenzione (Direttore Dipartimentale Prevenzione)
INDICATORE		Evidenza del documento di "Analisi dei bisogni e delle risorse comprendente almeno: valutazioni logistiche in particolare delle sedi, ricognizione del personale, redistribuzione efficiente delle risorse umane e non"
TARGET 2014		Entro 31/5 Documento con presentazione dei risultati dell'analisi e relative proposte modificative. Da 1/7 Sperimentazione nuovo modello
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Il progetto è slittato al 2015 per lunga assenza dal servizio nel corso del 2014 del Responsabile SSD Direzione Amministrativa Dip. Prevenzione. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attuazione nuova procedura integratori (SC Farmaceutica Ospedaliera, SC Farmaceutica Convenzionato)
INDICATORE		Al 31/12 confronto della spesa complessiva Anno 2013 e Anno 2014 per la distribuzione diretta di integratori
TARGET 2014		Riduzione di almeno il 10% della spesa complessiva per la distribuzione diretta di integratori agli aventi diritto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Dall'applicazione della procedura si è ottenuto una riduzione del 25% dei costi per l'acquisto di integratori esterni (da € 339.350 a € 216.368) Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gestione magazzino UFA in relazione a numero cicli chemioterapici preparati (SC Farmaceutica Ospedaliera)
INDICATORE		Spesa Anno 2014 in rapporto Anno 2013
TARGET 2014		Riduzione di almeno il 10% della spesa complessiva per ATC L01
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Spesa Anno 2014 ATC L = € 5.685.588 verso € 7.117.192 del 2013 con una riduzione di circa il 20%. Obiettivo raggiunta ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riorganizzazione distribuzione a tutti i cdc aziendali da magazzino unificato verifica con DS, POU, Economato (per calendari distribuzione e trasporti Logistica), SIA (per variazioni abilitazioni a procedura OLIAMM ed EDF) (SC Form.Osped.)
INDICATORE		Tempistica progetto. Giacenze al 31/12/2014 rispetto al 31.12.2014
TARGET 2014		Entro 30/03 presentazione progetto condiviso con DS POU , Economato , SIA. - 30% giacenze magazzino al 31/12/2014 rispetto Anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Giacenze: Anno 2013 € 7.750.598. Anno 2014 € 7.270.177 Riduzione 7%. Obiettivo porz. raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento modalità di erogazione diretta strisce per il monitoraggio della glicemia (SC Formoaceutico Ospedaliero, SC Formoaceutico convenzionato)
INDICATORE		Evidenza flusso informativo aziendale per la parte relativa alle strisce per il monitoraggio della glicemia. Consumato Anno 2014 rispetto Anno 2013
TARGET 2014		Entro il 30/4 completo passaggio alle nuove modalità di erogazione diretta strisce per il monitoraggio della glicemia. Al 31/12 riduzione di almeno il 10% rispetto al 2013 della spesa complessiva per la loro distribuzione diretta agli aventi diritto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Si è ottenuto una riduzione del 11% dei costi per assistenza pz diabetici (da €. 2.074.744 a €. 2.335.209). Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riorganizzazione SC Farmacia Ospedaliera mediante creazione di un magazzino unico c/o Villa Scassi (SC Formoaceutico Ospedaliero, SC Formoaceutico convenzionato e Direttore Dip. Atti-vitò Formoaceutiche)
INDICATORE		Tempistica magazzino unico. Giacenze al 31/12/2014
TARGET 2014		Dal 2/5 magazzino unico a Villa Scassi. -30% giacenze magazzino al 31/12/2014 rispetto Anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Dal 09/06/2014 i magazzini di farmacia ospedaliera sono stati unificati nel magazzino unico aziendale di Farmacia Ospedaliera c/o SO Scassi. Obiettivo Raggiunto al 90%. Obiettivo porz. raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione del percorso attuativo della certificabilità (SC Formoceo Ospedaliero, Direttore Oip. Att. Formoceo)
INDICATORE		a) Costituzione del gruppo e della segreteria operativa, con compiti di raccordo fra i servizi, gestione dei flussi informativi, relazioni con le altre Aziende, capofila per i diversi ambiti b) Mappatura di tutte le procedure e istruzioni operative aziendali, area amministrazione; c) Analisi delle procedure esistenti, per aree di competenza; d) Concorso alla realizzazione delle procedure d'interesse dei singoli servizi.
TARGET 2014		a) e b) entro 30/04/2014 c) entro 30/06/2014 d) entro 31/12/2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con nota n. 41015731 del 29.01.2015 Il Direttore Dipartimento Economico relaziona, in merito alle azioni poste in essere dalle strutture coinvolte nel corso dell'anno 2014 che hanno consentito il raggiungimento dell'obiettivo. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione prescrizioni da parte dei MMG di farmaci a brevetto scaduto con particolare attenzione ai principi attivi trattati nell'ambito di PDTA aziendali (SC Form. Convenzionato)
INDICATORE		Evidenza progetto specifico di promozione farmaci equivalenti /modalità prescrittive. % confezioni farmaci a brevetto scaduto/totale confezioni farmaci erogate
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto. Incremento del 2% dei farmaci a brevetto scaduto prescritti rispetto anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Progetto presentato prot. 46879 del 4.06.2014. Prescrizione farmaci equivalenti ha registrato un incremento del 1,45% si è passati dal 71,85% al 73,3%. In considerazione che non si è pervenuti al 2%. Obiettivo porz. raggiunto ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Appropriatezza dei percorsi di cura di pazienti giovani adulti con disturbi mentali gravi che accedono al DSMD considerati ad alta priorità con particolare riferimento sia all' appropriatezza degli interventi e sia alla continuità assistenziale tra Consultorio e DSMD (<i>SSCC Centri Salute Mentale</i>)
INDICATORE		1) N. tot. di pazienti 17- 25 anni /pazienti con assessment e percorso terapeutico 2) Stesura protocollo di collaborazione. Nr pazienti 17-25 anni trattati secondo protocollo
TARGET 2014		1) Pazienti 17-25 anni in carico inseriti nel progetto nel 70% dei casi. Nuovi casi, inseriti nel progetto nel 100% dei casi. 2) Stesura entro 30/06 del protocollo di concerto con Consultorio. Da 1/7 Applicazione protocollo al 100% dei nuovi casi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) Relazione Direttore DSMD (vd report FIV) S.C. ASM 8: Effettuato assessment e monitoraggio del 99% dei pazienti della fascia 17-25 anni presi in carico. Nuovi pazienti presi in carico 24, con cartella 24 = 100% dei casi. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. ASM 9: Effettuato assessment e monitoraggio del 81% dei pazienti della fascia 17-25 anni presi in carico. Nuovi pazienti inseriti nel progetto = 73% dei casi. Obiettivo parz. raggiunto ☺ S.C. DSM 10: Effettuato assessment e monitoraggio del 85% dei pazienti della fascia 17-25 anni presi in carico. Nuovi pazienti presi in carico 28, con cartella 19 = 68% dei casi. Obiettivo parz. raggiunto ☺ S.C. DSM 11: Effettuato assessment e monitoraggio del 93% dei pazienti della fascia 17-25 anni presi in carico. Nuovi pazienti presi in carico 28, con cartella 26 = 93% dei casi. Obiettivo parz. raggiunto ☺ S.C. DSM 12: Effettuato assessment e monitoraggio del 89% dei pazienti della fascia 17-25 anni presi in carico. Nuovi pazienti presi in carico 47, con cartella 38 = 81% dei casi. Obiettivo parz. raggiunto ☺ S.C. ASM 13: Effettuato assessment e monitoraggio del 76% dei pazienti della fascia 17-25 anni presi in carico. Nuovi pazienti presi in carico 22, con cartella 16 = 73% dei casi. Obiettivo parz. raggiunto ☺ 2) Relazione Direttore DSMD: Implementato progetto CCM esordi deliberato da R.L. con costituzione di rete interservizi tra CSM, Sert, Consultorio, Clinica Psichiatrica IRCCS San Martino e Neuropsichiatria Gaslini. Effettuate 2 riunioni organizzative, definito progetto e costituita rete di associazioni territoriali coinvolte. Per difficoltà organizzative la concreta applicazione del programma sui casi nuovi è stata posticipata al Marzo 2015. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
DBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitoraggio della continuità della presa in carico nell'arco dell'anno di pazienti affetti da Disturbi mentali gravi ad alta priorità (psicasi maggiori) (SSCC Centri Solute Mentale)
INDICATORE		1) identificazione di coorte pazienti alta priorità sottoposti a monitoraggio 2) Nr pazienti con continuità /Totale pz gravi
TARGET 2014		1) Entro 31/3 identificazione di indicatori per definizione di continuità nel percorso terapeutico (es n. contatti anno). 2) Da 1/4 monitoraggio pazienti gravi con valutazione n. pazienti con continuità/ totale pz gravi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1 e 2) Relazione Direttore SS.CC. (vd reportistica FIV): S.C. DSM 8: Monitorati casi ad alta priorità ed effettuata rivalutazione da parte del curante per azioni da intraprendere in caso di drop out. Nr pz valutati = 83, Nr prestazioni anno = 4531. Prestazioni/pz anno = 54,49. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. DSM 9: Monitorati casi ad alta priorità ed effettuata rivalutazione da parte del curante per azioni da intraprendere in caso di drop out. Nr pz valutati = 42, Nr prestazioni anno = 3240. Prestazioni/pz anno = 77,1. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. DSM 10: Monitorati casi ad alta priorità ed effettuata rivalutazione da parte del curante per azioni da intraprendere in caso di drop out. Nr pz valutati = 55, Nr Drop out 2014 = 5, Nr prestazioni anno = 2049. Prestazioni/pz anno = 37,2. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. DSM 11: S.C.: Monitorati casi ad alta priorità ed effettuata rivalutazione da parte del curante per azioni da intraprendere in caso di drop out. Nr pz valutati = 67 Nr prestazioni anno = 3596. Prestazioni/pz anno = 53,6 Obiettivo raggiunto ☺ S.C. DSM 12: S.C.: Monitorati casi ad alta priorità ed effettuata rivalutazione da parte del curante per azioni da intraprendere in caso di drop out. Nr pz valutati = 60 Nr prestazioni = dato mancante. Obiettivo parz. raggiunto ☺ S.C. DSM 13: S.C.: Monitorati casi ad alta priorità ed effettuata rivalutazione da parte del curante per azioni da intraprendere in caso di drop out. Nr pz valutati = 68, Nr prestazioni anno = 4107. Prestazioni/pz anno = 60,3 Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
DBIETTIVD STRATEGICD		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativa	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento della performance per livelli e sub livelli assistenziali (Direttore Dip. Salute Mentale e Dipendenze)
INDICATORE		Miglioramento della performance per livelli e sub livelli assistenziali
TARGET 2014		Costi procapite ASL3 Anno 2014 per assistenza psichiatrica Territoriale €. 27,56, Semiresidenz €. 3,70, Residenz €. 26,18
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Costi procapite ASL3 Anno 2013 per assistenza psichiatrica Territoriale €. 25,95, Semiresidenz €. 4,07, Residenz € 32,53 Dati Anno 2014 non ancora disponibili confrontati Anno 2012 con Anno 2013 leggera diminuzione rispetto Anno 2012. Obiettivo parz. raggiunta ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Praticata intesa con USMI (Direttore Dip. Salute Mentale e Dipendenze)
INDICATORE		Evidenza protocollo ed applicazione dello stesso
TARGET 2014		Entro 30/6 proposta protocollo con contestuale applicazione dall'anno accademico 2014/2015
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Documento prodotto relativo al punto 2) prevede anche un protocollo per la frequenza degli specializzandi nelle diverse sedi del Dipartimento. Obiettivo raggiunta ☺
Obiettivo operativa	Dirigenza/ Comparto	Messa a sistema trattamento di disintossicazione con Acudetax (SC Sert)
INDICATORE		Nr trattamenti attivati. Tasso di drop out. % di pz che completano il trattamento che presentano un indice di gradimento = o > di 7 (su una scala di 10)
TARGET 2014		Attivare 200 cicli di trattamento. Tasso di drop out inferiore al 80%. Almeno il 70% di chi ha completato il trattamento ha indice di gradimento uguale o superiore a 7
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		In tutto il SerT "genovese", nell'anno 2014, sono stati svolti 223 trattamenti di Acudetox su 182 pazienti, di cui 123 maschi e 59 femmine. Tasso di drop out: 16% Indice di gradimento: 74%. Obiettivo raggiunta ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Area Penale esterna (SC Sert)
INDICATORE		1) Applicazione Protocollo d'intesa Ministero Interni/Prefettura sui pz segnalati ai sensi art.75 DPR 309/90 (sanzioni amm.ve) 2) Applicazione prassi condivise tra Ser.T e Servizio Sociale Minori e Tribunale Minori per giovani tossico dipendenti 16/18 e 18/21 anni
TARGET 2014		1) Da 1/4 Applicazione protocollo al 100% dei pz segnalati Report semestrale 2) Applicazione delle prassi al 100% dei pz seguiti
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) e 2) Confermato il protocollo d'intesa Aziendale con Tribunale di Genova per la presenza quotidiana di un operatore a palazzo di giustizia per i procedimenti in direttissima. Definito un protocollo d'intesa con il NOT della Prefettura per adottare procedure omogenee in tutti i distretti nei casi segnalati. Aderito al protocollo d'intesa con CPA del Tribunale Minori. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Favorire la autonomizzazione delle professionalità assistenziali relativamente alla pianificazione, realizzazione e valutazione degli interventi, secondo la metodologia del case management con attività domiciliare mirata nei casi complessi (SC Sert)
INDICATORE		1) Percentuale di pz con relazione di cura per singolo operatore (relazioni inserite su piattaforma MFP) 2) Individuazione di 20 casi complessi, da parte del resp. di Distretto, che necessitano di una valutazione domiciliare mirata.
TARGET 2014		1) Il 100% dei casi individuati dispone della relazione di cura inserite su MFP secondo le modalità del case management 2) Il 100% dei pz individuati come casi complessi hanno ricevuto una valutazione domiciliare con report su MFP. Verifica da parte della Sc Professioni Sanitarie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		100% dei casi individuati. Per ciascun utente è stato regolarmente compilato il PAI (progetto assistenziale integrato) presente sulla piattaforma MFP. Evidenza documentazione. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		<i>Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni</i>
DBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitoraggio episodi di contenzione in SPDC (SSCC SPDC)
INDICATORE		Adozione procedura aziendale. Utilizzo scheda di monitoraggio unica. Nr episodi di contenzione. Produzione report semestrali
TARGET 2014		Adozione Procedura Aziendale entro 31/03 Compilazione scheda di monitoraggio unica in tutti gli SPDC Riduzione nr episodi Anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		La scheda per le contenzioni redatta dall'azienda è entrata in uso a gennaio 2015. Il numero gli episodi di contenzione nel 2014 sono aumentati rispetto al 2013. Il nr di contenzioni è stato molto basso; fattori non controllabili quali la tipologia del pz. e l'incidenza di particolari diagnosi possono influire sul nr degli episodi di contenzione. Obiettivo porz. raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Definire il percorso per i pazienti con disturbi alimentari con particolare riguardo alla creazione di una rete che permetta la collaborazione e l'interazione tra le diverse figure professionali coinvolte e coinvolgibili nel trattamento dei pazienti (S.S.D. Centro Disturbi del comportamento alimentare)
INDICATORE		Evidenza percorso
TARGET 2014		Entro 30/06 evidenza di linee guida che, a partire dalla complessità dei DCA, definiscano la tipologia dei servizi coinvolti, le relazioni di rete tra gli stessi, le modalità di accesso della domanda, le caratteristiche del lavoro di team e della presa in carico
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Definiti i percorsi riabilitativi semiresidenziali e residenziali dei soggetti affetti da DCA in strutture convenzionate (Villa del Principe. Nel 2014 si sono gradualmente contenuti i tempi di ricovero con un aumento del turnover e quindi un allargamento delle prestazioni a un numero maggiore di utenti. Obiettivo è da intendersi raggiunto al 90% in ragione nel ritardo nell'invio al CCD delle linee guida ancorchè fossero applicate. Obiettivo porz. raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto	Rendicontazione delle attività svolte (S.S.D. Centro Oisturbi del comportamento alimentare)
INDICATORE		Utilizzo piattaforma informatica INFODSM. Report prodotti
TARGET 2014		Da giugno inserimento attività SSD all'interno di INFODSM Invio CCD report trimestrali attività entro 2D gg dalla chiusura del trimestre
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		L'analisi ha evidenziato la non possibilità di inserire l'attività del DCA nella piattaforma informatica INFODSM perchè l'organico del CDA ha figure professionali che non compaiono in INFODSM quali: medico internista, nutrizionista, dietista e quindi un 4D% dell'attività non sarebbe stata rilevabile. Attività inserita su ISES WEB. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Favorire la autonomizzazione delle professionalità assistenziali relativamente alla pianificazione, realizzazione e valutazione degli interventi, secondo la metodologia del case management (S.S.O. Centro Oisturbi del comportamento alimentare)
INDICATORE		Percentuale di pz con relazione di cura per singolo operatore (relazioni inserite su piattaforma INFODSM)
TARGET 2014		Il 100% dei casi individuati dispone della relazione di cura inserite su INFODSM secondo le modalità del case management
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Paz in carico nel 2D14 = 418 hanno relazione di cura Prestazioni inserite su ISES Web. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A8		Organizzazione delle risorse umane
OBIETTIVO STRATEGICO		Sviluppare il processo di valutazione individuale dell'equipe all'interno del percorso di budget
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Passaggio alle competenze distrettuali del personale afferente all'area infermieristica Puericultrici\O.S.S.\ Inf.Ped\Inf.) per le attività di supporto ambulatoriale con previsione di coordinatore unico distrettuale. Assegnazione in quota alla S.C.Assistenza Consultoriale del personale infermieristico impiegato in attività specifiche (Es.Percorso Nascita/Centro Giovani) (SC Ass Consultoriale)
INDICATORE		Attivazione e gestione del Processo riorganizzativo legato al passaggio delle competenze
TARGET 2014		Al 30/10/2014 conclusione del passaggio.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Personale infermieristico transitato al Distretto che lo fornisce al Consultorio. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Predisposizione di un progetto finalizzato all'individuazione delle competenze e del personale che transiterà all'istituenda struttura dipartimentale per l'omogenizzazione delle procedure amministrativo/gestionali distrettuali (SC Cure Primarie)
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 31/03 Presentazione progetto di concerto con Direttore Dipartimento Cure Primarie. Da 1/7 Piena Operatività nuova organizzazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Individuati, di concerto con Direttore Dip. Cure Primarie, sia le competenze che il personale da dedicare all'attività amministrativa dipartimentale; è stato bandito il concorso per la direzione SSD funzione gestionale. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riorganizzazione delle sedi, delle attività e degli orari (obiettivo SC Sonità Animole)
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto Entro 30/06 Operatività 2 sedi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore S.C.: Il progetto concordato con l'Amministrazione Aziendale prevedeva la chiusura di una delle tre sedi della S.C. Sanità animale, precisamente quella situata a Genova San Martino in Salita superiore della Noce 29. Per motivi organizzativi e gestionali ed al fine di non ingenerare disagi all'utenza, la piena operatività delle due sedi si è avuta dal 31 luglio. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A8		Organizzazione delle risorse umane
OBIETTIVO STRATEGICO		Sviluppare il processo di valutazione individuale dell'equipe all'interno del percorso di budget
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riorganizzazione delle sedi e del personale della struttura al fine dell'accorpamento in un'unica sede (obiettivo SC PSAL)
INDICATORE		Evidenza progetto, in collaborazione con Dip. Infrastrutture, e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 30/06 presentazione progetto con cronoprogramma Entro 30/6/2015 Operatività 1 sede oltre a sede Porto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Progetto presentato ancora in fase di attuazione Obiettivo è da ritenersi raggiunto anche in considerazione della data di conclusione prevista per 30.06.2015. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Armonizzazione dell'offerta dei CC.SS.MM. (obiettivo SSCC CSM)
INDICATORE		Evidenza documentale. Individuazione di linee organizzative comuni nei sei CC.SS.MM.
TARGET 2014		Entro 30/6 Evidenza progetto che preveda l'individuazione set di attività da garantire nelle sedi zonali, nr e competenze del personale assegnato, modalità di funzionamento e di interazione con le strutture distrettuali. Procedura informatica/gestionale di presa in carico del cittadino che accede alle sedi. Da 1/7 Operatività progetto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nota n. 41947947 del 31.05.2015 a firma Direttore Dip. DSMD: Evidenza documentale: Individuazione set di attività modalità e standard di funzionamento dei CSM. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Armonizzazione dell'offerta dei Sert (obiettivo SC Sert)
INDICATORE		Individuazione di linee organizzative comuni nei sei distretti
TARGET 2014		Entro 30/6 Evidenza progetto che preveda l'individuazione set di attività da garantire nelle sedi zonali, nr e competenze del personale assegnato, modalità di funzionamento e di interazione con altre strutture aziendali. Procedura informatica/gestionale di presa in carico del cittadino che accede alle sedi. Da 1/7 Operatività progetto
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Impostato un percorso per armonizzare l'offerta e l'organizzazione dei diversi Ser.T. distrettuali; le criticità sono legate alle sedi di Via Mosso e DSS12 C.so De Stefanis (causa alluvione) Obiettivo raggiunto ☺



AREA AMMINISTRATIVA

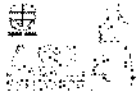
Dipartimenti Amministrativi		Amministrativo, Economico Gestionale, delle Infrastrutture
AREA: A1		Contenimento dei costi e contestuale mantenimento dell'efficienza produttiva
OBIETTIVO STRATEGICO		Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rispetto Budget Economico assegnato
INDICATORE		Consumato Anno 2013 relativo a Beni non sanitari
TARGET 2014		Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. (Tutte SSCC). Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		S.C. Servizio Amministrazione del Personale, S.C. Aggiornamento e Formazione, S.C. Affari Generali, S.C. OSRU, S.C. Bilancio e Contabilità, S.C. Economato e Logistica, S.C. Acquisti e Gestione Approvvigionamenti, S.C. Gestione Tecnica Centro Levante, S.C. Gestione Tecnica Centro Ponente, S.C. Gestione Tecnica Centro Ponente, SSD Ingegneria Clinica: Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Centro Controllo Direzionale: Obiettivo raggiunto il budget assegnato è stato rispettato il leggero sfioramento è dovuto al cambio della stampante del piano da noleggio a proprietà (costo toner molto più elevato). Pertanto l'obiettivo è da ritenersi raggiunto. ☺ S.C. Sistemi Informativi Aziendali: Lo sfioramento del budget è dato dall'imputazione nell'anno 2014 di diverse licenze d'uso. Pertanto l'obiettivo è da ritenersi raggiunto. ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Programmazione della fruizione del congedo ordinario anno in corso
INDICATORE		Nr gg di C.O. Anno 2013 al 30.06.2014 Nr gg di C.O. Anno 2014 al 31.12.2014
TARGET 2014		Smaltimento CO anno 2013 entro il 30/6/2014 Al 31.12.2014 C.O. Anno 2014 individuate per S.C.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>Tutte le altre SS.CC. dei dipartimenti Amministrativi</u> hanno rispettato gli obiettivi assegnati. Obiettivo raggiunto ☺ S.C. Economato e Logistica: Le ferie sono rimaste in linea con il 2013 anziché in riduzione. Obiettivo parz. raggiunto ☺ S.C. Acquisti e Gestione Approvvigionamenti: Obiettivo raggiunto al 90% ☺

AREA: A1		Contenimento dei costi e contestuole montenimento dell'efficienza produttivo
OBIETTIVO STRATEGICO		Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Contenimento prestazioni di lavoro straordinario
INDICATORE		Monte annuo procapite. Monte ore annuale straordinario. Ore accantonate a fine anno
TARGET 2014		Rispetto Monte ore individuato per S.C. Rispetto ore max accantonate al 31/12/2014 per SC
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>Tutte le SS.CC. dei dipartimenti Amministrativi</u> hanno rispettato gli obiettivi assegnati. Obiettivo raggiunto 😊 <u>S.C. Aggiornamento e Formazione:</u> Relazione Direttore S.C. er quanto riguarda le ore accantonate lo sfioramento rispetto all'atteso può essere solo in parte giustificato dall'arrivo di un nuovo tutor e dall'attivazione dei corsi oss. Obiettivo porz. raggiunto 😊 <u>S.C. Acquisti e Gestione Approvvigionamenti:</u> Relazione Direttore S.C. con controdeduzioni. Obiettivo porz. raggiunto 😊



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Implementazione utilizza interattiva portale del dipendente (obiettivo SC Amministrazione del personale)
INDICATORE		% dipendenti che utilizzano interattivamente il portale
TARGET 2014		Almeno il 60 % dei dipendenti utilizzano interattivamente il portale (con priorità POU; Dip Salute Mentale ..)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Al 31/12/2014 solo 151 dipendenti non erano ancora abilitati all'uso del portale. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Razionalizzazione e Unificazione del sistema di misurazione e valutazione della performance attraverso l'elaborazione di un documento complessivo contenente la policy aziendale in materia di misurazione e valutazione della performance e le applicazioni nei diversi settori interessati (budget , retribuzione di risultato, gestione risorse umane...) (SC Amministrazione del personale, SC OSRU e SC CCO)
INDICATORE		Evidenza documento in collaborazione con SC C.C.D. e SC O.S.R.U.
TARGET 2014		Entro 30/09 Documento sottoposto alla Direzione Aziendale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con deliberazione n. 490 del 5.8.2014 Asl3 ha adottato l'aggiornamento del Piano della performance 2014-2016 dove sono trattate in modo integrato performance, valutazione e trasparenza. Obiettivo raggiunta ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aggiornamento Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (decreto 62/2013) , in collaborazione con Responsabile Anticorruzione e SC O.S.R.U (SC Amministrazione del personale, SC OSRU)
INDICATORE		Rispetto tempistica aggiornamento documento
TARGET 2014		Entro 15/11 Adozione provvedimento di aggiornamento del Codice, con indicazione, tra gli altri, dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice e dell'ufficio competente ad emanare pareri sull'applicazione del codice stesso.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con deliberazione n. 713 del 14.11.2014 è stato approvato l'aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale che contiene in particolare l'indicazione dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice e dell'ufficio competente ad emanare pareri sull'applicazione del codice stesso. Obiettivo raggiunta ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Revisione del regolamento di conferimento degli incarichi, di concerto con SC Personale e SSO Servizio Ispettivo. (SC Amministrazione del personale, SC OSRU)
INDICATORE		Evidenza documento
TARGET 2014		Entro 15/11 Adozione provvedimento di revisione del regolamento
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con deliberazione n. 725 del 14.11.2014 è stata adottata la revisione del regolamento degli incarichi. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Proposta di individuazione e ripartizione competenze con il Servizio Ispettivo. (SC Amministrazione del personale)
INDICATORE		Evidenza documento in collaborazione con SSD Servizio Ispettivo
TARGET 2014		Entro 31/05 Documento sottoposto alla D.A. che individui competenze e personale da assegnare, oltre ai flussi informativi da condividere per permettere controlli puntuali. Relazione Direzione Amministrativa.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con Deliberazione n. 226 del 15.04.2014 "Conferimento dell'incarico di direzione della SS Servizio Ispettivo e Attività extraistituzionale". Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gestione del consenso "privacy" secondo modalità centralizzate (obiettivo SC Affari generali, SC Sistemi informativi)
INDICATORE		Gestione informatizzata del consenso
TARGET 2014		Entro 31/05 gestione informatizzata del consenso
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Raccolta consenso informato attivata a maggio 2014 presso le postazioni predisposte nei vari distretti; al 31/12 risultano raccolti 6632 consensi Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Redazione "Documento programmatico per la sicurezza anno 2014". Gestione adempimenti. (obiettivo SC Affari generali)
INDICATORE		Evidenza documento. Tempistica centralizzazione e verifica nomina responsabili esterni del trattamento dei dati personali e amministratori di sistema e incaricati del trattamento
TARGET 2014		Entro 30/09 redazione documento. Gestione centralizzata nomina responsabili del trattamento e amministratori di sistema
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Il documento programmatico per la sicurezza 2014 è stato adottato con deliberazione n. 605 del 26.09.2014. Obiettivo raggiunto 😊



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione del percorso attuativo della certificabilità. (SC Amministrazione del personale, SC Affari Generali, SC Aggiornamento e formazione, SC Bilancio e Contabilità, SC Economico e Logistico, SC Acquisti e Gestione degli approvvigionamenti, SC CCD, SC Gestione tecnico Centro Levante, SC Gestione tecnico Centro Ponente, SSD Patrimonio, SSD Ingegneria clinica, SSD Telecomunicazioni, SC SIA, Direttore Dip. Amministrativo, Direttore Dip. Economico Gestionale, Direttore Dip. Infrastrutture)
INDICATORE		a) Costituzione del gruppo e della segreteria operativa, con compiti di raccordo fra i servizi, gestione dei flussi informativi, relazioni con le altre Aziende, capofila per i diversi ambiti b) Mappatura di tutte le procedure e istruzioni operative aziendali, area amministrazione c) Analisi delle procedure esistenti, per aree di competenza; d) Concorso alla realizzazione delle procedure d'interesse dei singoli servizi.
TARGET 2014		a) e b) entro 30/04/2014 c) entro 30/06/2014 d) entro 31/12/2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con nota n. 41015731 del 29.01.2015 Il Direttore Dipartimento Economico relaziona, in merito alle azioni poste in essere dalle strutture coinvolte nel corso dell'anno 2014 che hanno consentito il raggiungimento dell'obiettivo. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Supporto e coordinamento per la messa a regime del processo di dematerializzazione degli atti della posta e attivazione archivio informatizzato all'interno del Dip. Prevenzione (obiettivo SC Affari generali)
INDICATORE		% di pratiche gestite con modalità informatica. N° partecipanti ai momenti formativi di istruzione sul campo appositamente effettuati da SC Affari Generali
TARGET 2014		Supporto al Dip. Prevenzione al fine di garantire che da 1/6 sia completamente applicata ed utilizzata la procedura informatizzata da parte del Dipartimento. Gestione informatica di almeno il 90% della posta pervenuta con modalità elettronica
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nota n. 41362250 del 23.02.2015 a firma Direttore SC.: "il monitoraggio effettuato in data 29.05.2014 ha consentito di accertare l'utilizzazione della procedura del protocollo nelle sue funzionalità e gestione informatica di una percentuale compresa tra il 90% e il 100% della posta pervenuta in modalità elettronica." Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Compendio di Quarto: 1) Attività preliminari alla dismissione in ordine agli archivi cartacei ivi presenti (analisi documentazione giacente, catalogazione e scarto al fine di individuare i volumi necessari (metri lineari) al fine del trasferimento degli archivi medesimi. (SC Amministrazione del personale, SC Affari Generali, SC Aggiornamento e Formazione, SC Bilancio e Contabilità, SC Economato e Logistico, SC Acquisti e Gestione degli approvvigionamenti, SC Gestione tecnico centro levante, SC Gestione tecnico centro Ponente)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		L'attività di supporto e di coordinamento da parte della SC Affari Generali dovrà garantire che entro il 30/4 siano completate le varie fasi procedurali da parte delle SSCC con archivi in Quarto. Le SSCC dovranno comunicare alla SC Affari Generali gli spazi necessari alla documentazione da mantenere e la SC Affari Generali dovrà comunicare i volumi necessari (metri lineari) da reperire per la documentazione da mantenere
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nota n. 57169 del 28.04.2014 nella quale SC Affari Generali relaziona positivamente sul raggiungimento dell'obiettivo. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Compendio di Quarto: 2) Attivazione e gestione procedure per l'affitto di locali da destinarsi a magazzini comprensivo degli spazi per gli archivi amm.vi. 3) Censimento dei soggetti o enti ospitati negli immobili destinati a restare proprietà dell'azienda. Definizione titolo di occupazione: Liberazione degli spazi. (obiettivo SC Affari generali)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		2) entro 31/5 3) entro 31/12
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		In data 07/04/2014 con nota ID 37346377 la SC Acquisti ha ricevuto dalla S.S. Patrimonio Immobiliare, la documentazione necessaria all'avvio di una manifestazione di interesse per la ricerca di un immobile da destinare a magazzino con annessi locali ad uso ufficio. Con deliberazione n. 263 del 06/05/2014 la SC ha attivato la manifestazione di interesse. Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A7		<i>Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni</i>
OBIETTIVI STRATEGICI		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Collaborazione, di concerto tra SC Affari Generali, SC Formazione e Dip. Infrastrutture, all'effettuazione di un corso per adempimenti e funzioni gestionali in materia di consenso privacy da fornire al personale addetto alla somministrazione dell'informativa ed alla raccolta del consenso privacy, in particolare personale CUP. (SC Affari generali, SC Aggiornamento e formazione)
INDICATORE		Rispetto tempistica di presentazione e realizzazione corso
TARGET 2014		Entro 31/03 presentazione del piano del corso (struttura, argomenti, docenti ...) Entro 15/5 Realizzazione corso
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Affari Generali:</u> La SC, di concerto con SC USIA, ha provveduto ad avviare tutte le attività propedeutiche alla raccolta del consenso (Corso di formazione agli operatori, incontri con Direttori Distretto e Datasiel, ..) e ha provveduto a monitorare l'effettiva implementazione della raccolta del consenso stesso. Nota n. 41362250 del 23.02.2015 a firma Direttore SC. Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C. Aggiornamento e formazione:</u> Con Determinazione n. 532 del 27/3/2014 è stato attivato il corso di formazione denominato: "CONSENSO PRIVACY : adempimenti e funzioni gestionali" rivolto ai dipendenti Asl 3 che operano presso i servizi Cup e Anagrafe Sanitaria, avente ad argomento gli adempimenti e le funzioni gestionali in materia di somministrazione dell'informativa acquisizione del consenso privacy. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Effettuazione selezioni per il conferimento di incarichi di Strutture Semplici" (obiettivo SC OSRU)
INDICATORE		Nr selezioni effettuate e nr verbali rilasciati
TARGET 2014		Entro 31/12 effettuazione e rilascio verbali per almeno 70 strutture semplici
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		La revisione dell'atto aziendale è stata adottata con deliberazione n. 650 del 22.10.2014 pertanto sono stati effettuati 22 selezioni anziché 70. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Effettuazione selezioni per il conferimento di incarichi di "posizione organizzativa" (obiettivo SC OSRU)
INDICATORE		Nr selezioni effettuate e nr verbali rilasciati
TARGET 2014		Entro 31/12 effettuazione e rilascio verbali per completare l'organigramma aziendale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Proceduto alla predisposizione di n. 70 incarichi di posizioni organizzative (deliberazioni n. 45/438 e 587/2014) Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aggiornamento Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (decreto 62/2013) , in collaborazione con SC Personale e Responsabile Anti Corruzione (obiettivo SC OSRU)
INDICATORE		Rispetto tempistica aggiornamento documento
TARGET 2014		Entro 15/11 Adozione provvedimento di aggiornamento del Codice, con indicazione, tra gli altri, dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice e dell'ufficio competente ad emanare pareri sull'applicazione del codice stesso.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con deliberazione n. 713 del 14.11.2014 è stato approvato l'aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale che contiene in particolare l'indicazione dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice e dell'ufficio competente ad emanare pareri sull'applicazione del codice stesso. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riedizione corso Anno 2013 in tema di modalità di gestione e riscossione delle sanzioni amministrative, in concorso con S.C. Legale (obiettivo SC Aggiornamento e Formazione)
INDICATORE		Rispetto tempistica di realizzazione del corso
TARGET 2014		Effettuazione corso entro 30/11
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nota n. 41015731 del 29.01.2015 Il Direttore Dipartimento Economico relaziona, in merito alle azioni poste in essere dalle strutture coinvolte nel corso dell'anno 2014 che hanno consentito il raggiungimento dell'obiettivo. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto	Organizzazione di un corso per adempimenti e funzioni gestionali delle macro-strutture aziendali, con lo scopo di rappresentare le esigenze gestionali amministrative e di offrire una formazione adeguata al personale che potrà ricoprire incarichi di coordinamento (obiettivo SC Aggiornamento e formazione)
INDICATORE		Rispetto tempistica di realizzazione del corso
TARGET 2014		Entro 31/03 presentazione del piano del corso (struttura, argomenti, docenti ...), di concerto con le SSCC Amministrative e la SC Professioni Sanitarie. Entro 30/9 Realizzazione corso
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		In data 27/03/2014 è stato presentato alla D.A. il programma didattico del corso di formazione denominato: "CORSO di FORMAZIONE ad ADESIONE VOLONTARIA in vista della assegnazione degli incarichi di posizione organizzativa amministrativa dei DISTRETTI" Con e-mail del 29/04/2014 il Direttore Amministrativo ha approvato il programma didattico. Con Determinazione n. 995 dell'11/06/2014 è stato attivato il corso sopracitato che si è svolto nei mesi di maggio e giugno. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Origine/ Comparto	Razionalizzazione risorse umane della struttura (obiettivo SC Aggiornamento e formazione)
INDICATORE		Nr personale ruolo amministrativo/tecnico
TARGET 2014		Riduzione di 1 unità di personale rispetto Anno 2013
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		In data 06/10/2014 un dipendente con qualifica OSS è stata trasferita dalla S.C. Aggiornamento e Formazione alla S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale di Via Struppa 150. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza	Attuazione adempimenti ed azioni per la prevenzione della corruzione: a) mappatura dei processi, valutazione del rischio per ciascun processo, modalità di trattamento del rischio b) individuazione dei soggetti cui erogare la formazione in tema di anticorruzione (<i>Direttore Dip. Amministrativo, Direttore Dip. Economico Gestionale, Direttore Dip. Infrastrutture</i>)
INDICATORE		a) Evidenza documento b) Comunicazione nominativi dipendenti in rapporto minimo di 1 ogni 6 dipendenti della struttura
TARGET 2014		a) Entro 15/11 invio alla struttura competente in materia di anticorruzione dell'aggiornamento della documentazione completa con tutti gli elementi richiesti. b) Entro 15/11 effettuata comunicazione alla struttura competente in materia di anticorruzione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		a) Come da relazione del Responsabile Prevenzione Corruzione: "La mappatura e la valutazione del rischio sono state concluse a gennaio del 2014 ed inseriti nel Piano Anticorruzione (PTPC 2014 – 2016). Il trattamento del rischio si è concluso successivamente, nel gennaio del 2015, in tempo per consentire l'inserimento delle misure di prevenzione all'interno del nuovo PTPC 2015 – 2017." b) Riguardo al punto b) si fa presente che con nota prot. n. 124234 del 25/09/2014 la sottoscritta aveva formalmente richiesto a tutti i Direttori appartenenti alle aree a rischio corruzione, di individuare il personale (dirigenziale e del comparto) afferente alle proprie strutture, che si occupavano dei procedimenti più a rischio corruzione. I nominativi sono stati forniti tra la fine di dicembre e primi giorni di gennaio 2015, il cui numero è stato inserito nel P.T.P.C. 2015 - 2017." Obiettivo raggiunto ☺



AREA: A7		<i>Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni</i>
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Oirigenza	Compendio di Quarto: Coordinamento e supporto alle attività, in capo alle SSCC afferenti al Dipartimento, al fine della dismissione dello stesso (Direttore Oip. Amministrativo, Direttore Oip. Economico Gestionale)
INDICATORE		Rispetto tempistica cronoprogramma
TARGET 2014		Entro il 30/12, come da cronoprogramma aziendale, dovranno essere completate le varie fasi in carico alle strutture organizzative del dipartimento
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		In data 15/07/2014 con nota IO 38477094 la S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti ha ricevuto la documentazione completa riferita agli archivi cartacei presenti all'interno del compendio di Quarto. Poiché la procedura concorsuale per l'outsourcing archivistico rientra nella programmazione della stazione appaltante regionale, la SC ha provveduto a trasmettere alla S.U.A.R. Liguria, in data 06/08/2014 con nota prot. 104869, i dati complessivi riferiti ai metri lineari soggetti ad outsourcing archivistico. In data 07/04/2014 con nota IO 37346377 la SC Acquisti ha ricevuto dalla S.S. Patrimonio Immobiliare, la documentazione necessaria all'avvio di una manifestazione di interesse per la ricerca di un immobile da destinare a magazzino con annessi locali ad uso ufficio. Con deliberazione n. 263 del 06/05/2014 la SC ha attivato la manifestazione di interesse. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Oirigenza	Progetto "Verso una sanità che si prende cura" (Direttore Oip. Amministrativo)
INDICATORE		Attivazione, a livello dipartimentale, di azioni di miglioramento dell'accoglienza del cliente esterno e/o interno sulla base di quanto emerso dai Focus group realizzati nell'anno 2013.
TARGET 2014		Entro 30/6/2014: Attivazione dell'azione individuata e definizione degli strumenti per la valutazione della ricaduta Entro 31/12/2014: Attivazione del processo di valutazione della ricaduta attraverso gli strumenti individuati (questionari rivolti all'utenza o agli operatori, focus group rivolti all'utenza o agli operatori, analisi reclami, ecc.)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Tutte le strutture aziendali coinvolte nel progetto hanno risposto positivamente, come email SS Qualità del 20.04.2015. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
DBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	informatizzazione della tenuta dei dati relativi al patrimonio immobiliare dell'azienda dal 1998 al 31/12/2013, attualmente gestito extra contabilmente (<i>obiettivo SC Bilancio e contabilità, SSD Potrimonio</i>)
INDICATDRE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Inserimento degli immobili all'interno della procedura Oliamm entro il primo semestre 2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nei primi mesi dell'anno 2014 sono stati censiti ed inseriti nella procedura informatica amministrativo contabile Oliamm gli immobili di proprietà dell'Azienda, contestualmente è stata emanata una breve procedura. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Supportare le SSCC Amministrative Tecniche nella razionalizzazione della gestione della contabilità generale: Verifica mensile (obiettivo SC Bilancio e contabilità)
INDICATDRE		Nr report/segnalazioni mensili inviate
TARGET 2014		Segnalazione mensile alle SSCC in ordine alla non corretta gestione di OLIAM
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Vedasi relazione Direttore Sc Bilancio n. 41870822 del 3/4/2015. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Armonizzazione e reingegnerizzazione della S.C. Acquisti e Gestione Approvvigionamenti e della S.C. Economato e Logistica, in applicazione all'atto aziendale (<i>SC Economato e Logistico, Direttore Dip. Economico Gestione</i>)
INDICATDRE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 31/12 Evidenza progetto che preveda l'individuazione set di attività da garantire nelle strutture in esame, nr e competenze del personale assegnato, modalità di funzionamento e di interazione con altre strutture aziendali.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore Sc Bilancio n. 41870822 del 3/4/2015. Con l'approvazione dell'atto aziendale, III revisione, di cui alla deliberazione 650 del 22/10/2014 è stata disposta la momentanea sospensione della messa a regime del nuovo assetto aziendale riferito alle strutture di cui al presente punto, fino alla completa acquisizione da parte della Centrale Regionale Acquisti delle competenze ex lege attribuite nonché ad avvenuta riorganizzazione dei servizi di ristorazione aziendale. Inoltre, data la complessità delle Strutture oggi operative, il Direttore del Dipartimento ha inoltrato una nota alla D.A. con la richiesta di valutazione circa il mantenimento dell'attribuzione di "complessa" per la SC Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti e per la SC Economato e Logistica. Obiettivo raggiunto 😊

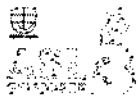


AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Compendio di Quarto: messa in atto, in collaborazione con SSD Patrimonio, delle attività necessarie all'individuazione di locali da destinarsi a magazzino (SC Economato e Logistico, SC Acquisti e Gestione degli approv., SSD Patrimonio)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Entro 30/9 conclusione procedura per l'affidamento di contratto per affitto nuovo magazzino. Entro 1 mese dalla ricezione della documentazione da parte della SSD Patrimonio, la SC Acquisti e approv. attiverà la manifestazione d'interesse
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Economato e Logistica:</u> In data 07/04/2014 con nota IO 37346377 la SC ha ricevuta dalla S.S. Patrimonio Immobiliare, la documentazione necessaria all'avvio di una manifestazione di interesse per la ricerca di un immobile da destinare a magazzino con annessi locali ad uso ufficio. Con deliberazione n. 263 del 06/05/2014 la SC ha attivato la manifestazione di interesse. Obiettivo raggiunto ☺ <u>S.C. Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti:</u> In data 15/07/2014 con nota IO 38477094 la S.C. ha ricevuto la documentazione completa riferita agli archivi cartacei presenti all'interno del compendio di Quarto. Poichè la procedura concorsuale per l'outsourcing archivistico rientra nella programmazione della stazione appaltante regionale, la SC ha provveduto a trasmettere alla S.U.A.R. Liguria, in data 06/08/2014 con nota prot. 104869, i dati complessivi riferiti ai metri lineari soggetti ad outsourcing archivistico. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Unificazione cucine con realizzazione unico polo di cottura in Quarto (SC Economato e Logistico)
INDICATORE		Rispetto tempistica unificazione
TARGET 2014		Entro 30/09 realizzazione polo unico a Quarto con contestuale dismissione della cucina di Voltri
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Il Centro Cottura di Quarto è divenuto pienamente operativo in data 01/07/14 con contestuale cessazione di tutte le attività del Centro Cottura di Voltri e relativo trasferimento del personale. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Verifica situazione portinerie con eventuale proposta di chiusura (SC Economato e Logistico)
INDICATORE		Evidenza progetto e sua applicazione
TARGET 2014		Entro 30/9 applicazione progetto di rivisitazione delle portinerie
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		A partire dal 01/05/14 è stata ridotta l' operatività della portineria dell' ospedale Celesia a sole 15 ore eliminando i turni notturni. Dal luglio 2014 è stata completata la dotazione organica della portineria di Quarto ed è stato attivato un nuovo servizio di reception presso il Palazzo della Salute di Fiumara, attivo nelle mattinate dei giorni feriali. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aggiornamento Piano Performance 2014-2016 (obiettivo SC Centro di Controllo Direzione)
INDICATORE		Rispetto tempistica aggiornamento documento
TARGET 2014		Entro 30/9 adozione delibera di aggiornamento
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Deliberazione n. 490 del 5.8.2014 "Aggiornamento Piano della Performance". Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Rifunzionalizzazione del Nucleo di Valutazione aziendale alla luce anche delle disposizioni in tema di trasparenza (obiettivo SC Centro di Controllo Direzione)
INDICATORE		Ricognizione funzioni e adozione deliberazione
TARGET 2014		Entro 30/06 adozione deliberazione Nucleo di Valutazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Deliberazione n. 412 del 19.06.2014 Nomina Nucleo di Valutazione Aziendale. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Predisposizione di uno studio di fattibilità del nuovo laboratorio unico della ASL3, di concerto con il Oip Patologia Clinica (obiettivo SC Centro di Controllo Direzione)
INDICATORE		Rispetto tempistica predisposizione studio
TARGET 2014		Entro 31/12 studio di fattibilità contenente analisi risparmi anno 2014 derivanti dalla gara CRA ed individuazione costi per la realizzazione nuovo laboratorio
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nei piani di rientro Anno 2014 sono stati indicati i risparmi derivanti dalla gara CRA (aggiornamento piano di rientro 2014 inviato in Regione estate 2014), per quanto riguarda realizzazione nuovo laboratorio in fase di adozione capitolato lavori di ristrutturazione. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anna 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Supportare le SSCC Amministrative Tecniche nella razionalizzazione della gestione della contabilità analitica (obiettivo SC Centra di Contralla Direzionale)
INDICATORE		Nr report/segnalazioni mensili inviate
TARGET 2014		Segnalazione mensile alle SSCC in ordine alla non corretta gestione di OLIAM
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Giornalieri contatti con le strutture che utilizzano la procedura contabile amministrativa al fine della corretta imputazione dei costi ai cdc. Attività procedura del controllo di gestione denominata SPAGO. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento reportistica verso gli stakeholder interni (obiettivo SC Centra di Contralla Direzionale)
INDICATORE		Rispetto tempistica invio flussi di attività e di costo alle strutture interne
TARGET 2014		Invio dati produzione ospedaliera ed ambulatoriale (flussi ISES) con cadenza mensile entro il 25 del mese successivo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Provveduto con cadenza mensile all'invio della reportistica relativa a attività ospedaliera ed ambulatoriale, oltre che relativa al monitoraggio dei costi che, dal mese di ottobre, è direttamente scaricabile dai Direttori di struttura nel portale del controllo di gestione. Obiettivo raggiunta ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Lavori di completamento rifacimento capertura sede Via Struppa 150 (obiettivo SC Gestione tecnico Centra-Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Aggiudicazione gara entro 30/09
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Aggiudicazione gara il 25/9 (DT 1534). Obiettivo raggiunta ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ristrutturazione Consultoria Lagaccia (obiettivo SC Gestione tecnica Centra-Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Aggiudicazione gara entro 30/09
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Completati il 15/11, in lieve ritardo a seguito di modifiche richieste dalla componente sanitaria in corso d'opera (come da CRE approvato con DT 183/2015). Obiettivo raggiunta ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Manutenzione edificio Via Frugoni (obiettivo SC Gestione tecnico Centro-Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Esecuzione lavori entro 31/12
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Intervento rinviato, in accordo con Direzione Aziendale, a seguito di necessità di utilizzo dei locali per trasferimento personale da via Assarotti a causa del crollo di porzione di solaio del piano terra. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riallocazione centralino telefonico aziendale (obiettivo SC Gestione tecnico Centro-Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Esecuzione lavori entro 31/07
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Intervento completato il 1/7 (come da CRE approvato con DT 1665). Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Gara servizio di manutenzione impianti trattamento liquami di fogna (obiettivo SC Gestione tecnico Centro-Levante)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Esecuzione lavori entro 30/09
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Aggiudicazione provvisoria il 11/9, divenuta definitiva il 5/12 (DDG 743). Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Esecuzione lavori di sostituzione due impianti elevatori Ospedale Colletta (obiettivo SC Gestione tecnico Centro-Ponente)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Aggiudicazione lavori entro 31/12
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Il progetto, redatto internamente, è stato approvato e la relativa gara è stata indetta con deliberazione n° 749 del 10/12/2014. Obiettivo raggiunto 😊



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Esecuzione lavori di rifacimento copertura vecchio edificio Ospedale Gallino (obiettivo SC Gestione tecnico Centro-Ponente)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Indizione gara entro 31/12
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Durante la fase progettuale, verificata la presenza di amianto nel sottotetto, si è evidenziata la necessità di suddividere l'intervento in due distinte fasi. Nel corso del 2014 la prima, che prevedeva la rimozione dell'amianto dal sottotetto è stata progettata, messa in gara ed eseguita interamente ed i relativi lavori sono terminati nel mese di dicembre. Anche in considerazione di quanto sopra l'Azienda ha deciso di posticipare il finanziamento per la rimanente parte dell'intervento al 2015. L'obiettivo pertanto è globalmente rispettato, in parte anticipandone i tempi ed in parte posticipandoli. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ristrutturazione laboratorio Sestri (obiettivo SC Gestione tecnico Centro-Ponente)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Esecuzione lavori entro 3 mesi dalla disponibilità dei locali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nel corso del 2014 sono stati rifunzionalizzati gli spazi destinati al laboratorio di analisi nella palazzina di ingresso ai piani superiori. Costituisce obiettivo Aziendale l'esecuzione dei lavori per la rifunzionalizzazione degli spazi al piano terra previo trasferimento delle attività ivi allocate entro tre mesi dallo sgombero degli stessi. Lo sgombero è avvenuto ai primi di settembre e le nuove attività sono divenute operative a metà novembre in leggero anticipo rispetto ai tempi previsti. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ristrutturazione reparto Neurologia - Pad. 9 (obiettivo SC Gestione tecnico Centro-Ponente, Direttore Dip. Infrastrutture)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Esecuzione lavori entro 30/9
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		I lavori di ristrutturazione del Pad. 9 sono slittati in accordo con la Direzione Aziendale. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
DBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Compendio di Quarto: censimento dei soggetti o Enti ospitati negli immobili destinati a restare in proprietà dell'azienda Definizione titolo di occupazione. Liberazione degli spazi (SSD Potrimonio)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Entro 31/12 conclusione attività
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Individuati i soggetti e valutate le azioni da intraprendere. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Informatizzazione documentazione relativa all'alienazione del compendio di Quarto (SSD Potrimonio)
INDICATORE		a) creazione indice cronologico degli atti b) scannerizzazione documentazione
TARGET 2014		Entro 31/12 conclusione attività
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Creazione dell'indice e scannerizzazione di tutta la documentazione. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Alienazione immobili non strategici per l'azienda: attivazione procedure autorizzative all'alienazione ed effettuazione delle procedure di gara (SSD Potrimonio)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Entro 30/06 individuazione immobili Entro 30/10 individuazione procedure di gara
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Individuati gli immobili, attivate tutte le procedure necessarie per l'alienazione, vedasi relazione Responsabile SSD. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento processo piano acquisti apparecchiature elettromedicali (obiettivo SSD Ingegnerio Clinico)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione Direzione Generale proposta di piano acquisti apparecchiature Anno 2014 con ipotesi per 2015 e 2016. Entro 30/08 Predisposizione ed inoltro a Provveditorato di tutta la documentazione tecnica necessaria per l'esecuzione del piano aggiornamento delle apparecchiature approvato
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Piano concordato con Direzione il 7.04; la SSD ha inviato al Provveditorato la documentazione, come risulta da email del direttore SC Acquisti. Obiettivo raggiunto ☺

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Informatizzazione della tenuta dei dati relativi ai canoni di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali, attualmente gestiti extra contabilmente (SSD Ingegnerio Clinico)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Inserimento dei canoni di manutenzione all'interno della procedura Oliamm entro settembre 2014, previa ricognizione cespiti con SC Economato
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		In considerazione del fatto che esistono ancora dei disallineamenti con l'inventario cespiti e che è stato riproposto in parte per il 2015. Obiettivo parzialmente raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Prosecuzione dell'aggiornamento tecnologico degli apparati di rete (interna agli edifici) (SSD Telecomunicazioni)
INDICATORE		Evidenza piano sostituzione router ed applicazione dello stesso
TARGET 2014		Entro 15/04 Presentazione cronoprogramma delle sostituzioni Entro 30/10 Sostituzione dei router come previsto da cronoprogramma
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Pur non avendo presentato un cronoprogramma la SSD ha sostituito tutti gli apparati acquistabili con il budget assegnato, come certificato da email del Direttore Dip Infrastrutture. Obiettivo raggiunto 😊
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Sgombero dei locali ospitanti le centrali telefoniche e gli armadi contenenti apparati di rete. (SSD Telecomunicazioni)
INDICATORE		Evidenza piano sgombero locali ed applicazione dello stesso
TARGET 2014		Entro 30/04 Presentazione cronoprogramma dello sgombero dei locali. Entro 30/10 sgombero dei locali come previsto da cronoprogramma
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Pur non avendo presentato un cronoprogramma la SSD ha provveduto a sgomberare tutti i locali svolgendo un ottimo lavoro, come certificato da email del Direttore Dip Infrastrutture. Obiettivo raggiunto 😊

AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento della informatizzazione delle Strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione (SC Sistemi Informativi Aziendoli)
INDICATORE		Attivazione gruppo di lavoro di concerto con SS.CC. del Dip. di Prevenzione. Nr Incontri svolti dal gruppo. Evidenza verbali incontri e presentazione analisi e proposta operativa
TARGET 2014		Entro 31/3 attivazione gruppo Almeno 10 incontri nell'anno Entro 15/12 Invio Analisi e proposta operativa
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con Nota n. 41359524 del 23.02.2015, il Direttore SIA ha relazionato circa l'attività svolta durante l'anno 2014 con molteplici incontri del gruppo di lavoro per analisi delle procedure informatiche. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Collaborazione con SSD Popolazione a Rischio e SS.CC. preposte all'attività di screening al fine della corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti (obiettivo SC Sistemi Informativi Aziendoli)
INDICATORE		Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi
TARGET 2014		Completa rendicontazione informatica dell'attività di screening. Report Regione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Dal novembre 2014 è attivo l'invio per via informatica alla Regione Liguria dei flussi correlati alle prestazioni di I e II livello screening con estrazione mensile diretta delle prestazioni dal software gestionale screening. Con recupero di tutta l'attività da gennaio 2014. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Realizzazione Programma informatizzato aziendale per refertazione endoscopia diagnostica e di screening (obiettivo SC Sistemi Informativi Aziendoli)
INDICATORE		Evidenza ed applicazione programma aziendale
TARGET 2014		Entro 30/6 presentazione progetto di concerto con Dip Medicina, Dip. Chirurgie e SSD Popolazione a Rischio Da 1/11 refertazione in rete
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Le attività sono state realizzate nella tempistica, come da nota inviata via email il 1.7.2014. Il programma è stato predisposto ma non è ancora stato attivato in attesa della ridefinizione contrattuale del progetto, pervenuta a marzo 2015. Obiettivo parzialmente raggiunto ☺



AREA: A7		Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni
OBIETTIVO STRATEGICO		Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Revisione contratto PTE in attuazione delle disposizioni in materia di contenimento della spesa (obiettivo SC Sistemi Informativi Aziendali)
INDICATORE		Costi
TARGET 2014		Applicazione "spending review"
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		A parità di servizi è stato applicato un ulteriore sconto, oltre a non essere stato applicato incremento ISTAT, vedasi relazione. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Riduzione tempi di intervento (obiettivo Settore Gestione Manutenzioni)
INDICATORE		Tempi di risposta da parte del settore nell'anno 2013
TARGET 2014		Almeno il 70% degli interventi sono effettuati entro 5 gg lavorativi
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		I tempi di intervento si sono ridotti a 5 gg lavorativi per le richieste di competenza delle officine nel 70% dei casi circa. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Messa a regime nuova organizzazione del settore (obiettivo Settore Gestione Manutenzioni)
INDICATORE		Evidenza progetto e Rispetto tempistica
TARGET 2014		Entro 30/05 presentazione proposta e messa a regime nuova organizzazione entro 6 mesi dalla approvazione della proposta da parte di Direzione ed organizzazioni sindacali
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Proposta presentata il 31/12/2013 (in netto anticipo) inoltrata alle OOSS a settembre 2014. La operatività è stata posticipata, previo accordo con la Direzione, a seguito del decesso di un operatore e del pensionamento improvviso di un altro che hanno reso la proposta inattuabile. Obiettivo riassegnato per il 2015. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Comparto	Compendio di Quarto: Coordinamento e supporto alle attività, in capo alle SSCC afferenti al Dipartimento, al fine della dismissione dello stesso (Direttore Dip. Infrastrutture)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Entro il 30/4 dovranno essere completate le varie fasi in carico alle strutture organizzative del dipartimento relative agli archivi. Entro il 31/12 dovranno essere completate le ulteriori attività di competenza alle SSCC
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nota n. 57.169 del 28.04.2014 nella quale SC Affari Generali relaziona positivamente. Obiettivo raggiunto ☺

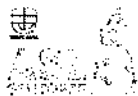
AREA: A8		Organizzazione delle risorse umane
OBIETTIVO STRATEGICO		Sviluppare il processo di valutazione individuale dell'equipe all'interno del percorso di budget
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Messa a regime processi di valutazione individuale del personale dirigente e del comparto, anche ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato (tutte SCCC)
INDICATORE		Evidenza incontro informativo (verbale) Rispetto Tempistica Valutazione Individuale
TARGET 2014		Entro 31/03 Incontro con il personale ai fini dell'illustrazione della scheda di valutazione individuale e degli obiettivi di budget 2014. Invio verbale a SC O.S.R.U. Entro 28/02/2015 effettuazione della valutazione individuale per l'anno 2014 Nota S.C. OSRU n. 41993883 del 16.04.2015: S.C. Affari Generali, S.C. OSRU, S.C. Bilancio e Contabilità, S.C. CCD, SC Acquisti e Gestione degli Approvvigionamenti, SSD Patrimonio, S.C. Sistemi Informativi, Settore Gestione Manutenzioni: Obiettivo raggiunto ☺ <u>SC Servizio Amministrazione del Personale:</u> Verbale illustrazione scheda di budget 2014: solo una parte del comparto. Obiettivo parz. raggiunto ☺ <u>SC Formazione, SC Economato e Logistica, SC Gestione Tecnica Centro Levante, SC Gestione Tecnica Centro Ponente, SSD Ingegneria Clinica:</u> Verbale illustrazione scheda di budget 2014 non presentato. Obiettivo parz. raggiunto ☺ <u>S.S.D. Telecomunicazioni:</u> mancanza di ambedue i verbali. Obiettivo non raggiunto ☹
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		



STAFF DELLE DIREZIONI

Strutture in Staff alla Direzione Generale		
SC Servizio di Prevenzione e Protezione SS Relazioni Esterne - URP		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	1) Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura 2) Rispetto budget assegnato per il Piano di Comunicazione 2014
INDICATORE		1) Consumato Anno 2013 relativo a Beni non sanitari 2) Importo budget
TARGET 2014		1) Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. Report CCD 2) Rispetto budget assegnato con deliberazione n. 41/2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) <u>S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione</u> : Il leggero sfioramento è dovuto all'acquisto di materiale di guardaroba per la prevenzione (tute, facciali, visiere, fit-test e soprascarpe). Obiettivo raggiunto ☺ 2) <u>SS Relazioni Esterne - URP</u> : Rispetto al budget assegnato con delibera n. 41/2014 pari ad € 50.000, 00 IVA compresa, la SS ha speso per l'attività di comunicazione di competenza € 49.748,02. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Contenimento prestazioni di lavoro straordinario
INDICATORE		Monte annuo procapite. Monte ore annuale straordinario. Ore accantonate a fine anno
TARGET 2014		Rispetto Monte ore individuato per S.C. Rispetto ore max accantonate al 31/12/2014 per SC
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione</u> : Il monte max accantonato è stato rispettato: Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Programmazione della fruizione del congedo ordinario anno in corso
INDICATORE		Nr gg di C.O. Anno 2013 al 30.06.2014 Nr gg di C.O. Anno 2014 al 31.12.2014
TARGET 2014		Smaltimento CO anno 2013 entro il 30/6/2014 Al 31.12.2014 C.O. Anno 2014 individuate per S.C.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		<u>S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione, SS Relazioni Esterne - URP</u> : Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff alla Direzione Generale		
SC Servizio di Prevenzione e Protezione		
SS Relazioni Esterne - URP		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Commissione consultiva permanente per il coordinamento dell'attuazione degli interventi infrastrutturali in materia di sicurezza del lavoro (deliberazione D.G. del 5 settembre 2013, n. 504) (S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Nr riunioni organizzate. Nr verbali prodotti. Relazioni semestrali
TARGET 2014		Organizzazione e verbalizzazione di almeno 6 riunioni entro il 31/12/2014. Predisposizione relazioni semestrali in merito all'attività aziendale in tema di sicurezza
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Prodotte relazioni semestrali e verbali degli incontri, agli atti CCD. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Piani di emergenza aziendali (S. C. Servizio di Prevenzione e Protezione)
INDICATORE		Evidenza piani delle strutture ospedaliere
TARGET 2014		Entro 30/6/2014 Approvazione formale piani di emergenza delle strutture ospedaliere dell'Azienda
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con deliberazione n. 569 del 5.9.2014 sono stati adottati Piano Generale di Emergenza e aggiornamento Piani delle 4 strutture. E' da intendersi raggiunto all' 80% in ragione del ritardo temporale. Obiettivo parz. raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Attivazione nuovo sito internet dell'Azienda (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Entro 31/12 Operatività nuovo sito
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Operatività nuovo sito dal 22.12.2014. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Aggiornamento sito rispetto normativa "Anticorruzione" D.lgs 33/13 (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		% di aggiornamenti effettuati nei tempi previsti
TARGET 2014		Aggiornamento del sito entro 10 gg dall'invio della documentazione da parte delle strutture interessate. Report al CCD con date documentazione pervenuta e data pubblicazione sito
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Dai report trimestralmente prodotti, si evince che gli aggiornamenti sono stati mediamente eseguiti in meno di un giorno. Obiettivo raggiunto ☺



Strutture in Staff alla Direzione Generale		
SC Servizio di Prevenzione e Protezione		
SS Relazioni Esterne - URP		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Verifica di appropriatezza, previo coordinamento con ufficio protesica, delle modalità di consegna di ausili a domicilio degli assistiti da parte delle ditte fornitrici, alla luce delle prescrizioni del Garante Privacy (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Nr contatti con utenza. Nr interviste
TARGET 2014		- Contatto con almeno 120 utenti distribuiti tra i 6 Distretti - Somministrazione intervista. -Relazione finale
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		E' stato somministrato telefonicamente il questionario concordato con la direzione aziendale a n. 120 utenti, vedasi relazione consuntiva prodotta dal responsabile SS. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto di riassetto URP Largo San Giuseppe e Villa Scassi (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		Evidenza progetto
TARGET 2014		Entro 30/06 presentazione piano riassetto URP
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Progetto presentato; a causa prolungamento lavori al piano terra di v. Assarotti, la sede definitiva dell'URP non è ancora stata realizzata. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Tempi e correttezza delle risposte alle richieste di informazioni giunte all'URP via mail dall'utenza (S.S. Relazioni Esterne - URP)
INDICATORE		% di risposte inviate entro 3 gg
TARGET 2014		Rispondere compiutamente alle richieste entro 3 gg nel 90% dei casi. Invio con cadenza trimestrale al CCD con indicazione data di arrivo email e data di risposta (come da report appositamente predisposto)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Dai report trimestralmente prodotti, si evince che le risposte via email sono mandate in meno di un giorno. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff alla Direzione Generale		
SC Servizio di Prevenzione e Protezione		
SS Relazioni Esterne - URP		
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 2014		Rispondere compiutamente alle segnalazioni entro i tempi previsti dal Regolamento di Pubblica Tutela nel 90% dei casi, stante la ricezione di idoneo riscontro da parte delle strutture coinvolte nella segnalazione. Invio con cadenza trimestrale al CC0 con indicazione data di arrivo email e data di risposta (come da report predisposto)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Oai report trimestralmente prodotti, le risposte sono state inviate in media nei tempi previsti dal Regolamento aziendale, ovvero in 30 gg solari. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Messa a regime processi di valutazione individuale del personale dirigente e del comparto, anche ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato
INDICATORE		Evidenza incontro informativo (verbale) Rispetto Tempistica Valutazione Individuale
TARGET 2014		Entro 31/03 Incontro con il personale ai fini dell'illustrazione della scheda di valutazione individuale e degli obiettivi di budget 2014. Invio verbale a SC O.S.R.U. Entro 28/02/2015 effettuazione della valutazione individuale per l'anno 2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nota S.C. OSRU n. 41993883 del 16.04.2015: <u>S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione</u> : Verbale illustrazione scheda di budget 2014 non presentato. Obiettivo porz. raggiunto ☺ <u>S.S. Relazioni Esterne – URP</u> : presenza di ambedue i verbali. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
- SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico - SC Professioni Sanitarie		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura
INDICATORE		Consumato Anno 2013 relativo a Beni non sanitari
TARGET 2014		Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione procedure di dimissione (S.C. Direzione Medico del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		1) Report monitoraggio del rispetto tempistica dimissioni da parte delle SSCC 2) Esistenza scheda da inviare alle SSCC. Report corretta compilazione schede
TARGET 2014		1) Invio report Monitoraggio semestrale con evidenza rispetto tempi dimissione da parte delle SSCC 2) Monitoraggio sulla corretta compilazione della scheda da parte della DMO
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) sono state effettuate le verifiche ed il monitoraggio richiesti 2) le schede sono state inviate alle strutture ed il report conclusivo è stato inviato al CCD Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Miglioramento della qualità della documentazione clinica: rispondenza ai requisiti della check list aziendale (S.C. Direzione Medico del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Controllo documentazione. Evidenza verifiche
TARGET 2014		Verifiche con SSCC Ospedaliero. Entro 31/12 Relazione Direttore POU
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione POU: le DDMMOO del POU con UGR hanno provveduto ad effettuare controlli a campione della documentazione sanitaria delle Strutture Ospedaliero. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
- SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico - SC Professioni Sanitarie		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riconduzione dell'offerta ambulatoriale nell'afu medica, in collaborazione con il Direttore Dip. Spec. Mediche, Dip. Medicina e SC Cure Primarie, alle branche specialistiche presenti in Azienda (S.C. OM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto con evidenza di rimodulazione degli ambulatori non afferenti alle branche specialistiche ospedaliere
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Con nota 63211 del 6/5 il Direttore SC Cure Primarie ha prodotto il documento in oggetto; in data 20/5 presso la DMO di Villa Scassi si è tenuto un incontro per il perfezionamento del progetto attuativo. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Revisione dell'attività ambulatoriale territoriale e ospedaliera aziendale alla luce della metodologia di analisi del gruppo regionale (Fatturato Atteso = €. 100.000 per medico completamente dedicato all'ambulatorio) con conseguente riassetto dell'offerta in termini di sede ed orari (S.C. OM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Evidenza progetto e applicazione
TARGET 2014		Entro 30/04 presentazione progetto elaborato in collaborazione con il Direttore SC Cure Primarie e Direttore Dipartimenti/SS.CC., per almeno due branche specialistiche.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Evidenza progetto SSCC Neurologia e Oculistica. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Individuazione, di concerto con SSD Chirurgia d'Urgenza, SSD Pronto Soccorso e OBI, Sc Anestesia di un protocollo che individui: tempistica, patologie, criteri di presa in carico del pz nel circuito della chirurgia d'urgenza (S.C. OM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Valutazione ed analisi protocollo predisposto da SSCC e azioni per applicazione operativa del protocollo
TARGET 2014		Entro 1 mese dalla predisposizione del protocollo da parte delle SSCC: Documento di valutazione ed analisi da parte del POU. Entro due mesi dalla predisposizione del protocollo da parte delle SSCC: il protocollo è reso operativo
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC POU: entro 31/3 adottato protocollo; avviata sperimentazione tra aprile e maggio; quindi formalizzato ufficialmente. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
- SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico - SC Professioni Sanitarie		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Garantire le endoscopie in urgenza all'interno del Presidio Ospedaliero Unico (S.C. OM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Attivazione pronta disponibilità
TARGET 2014		Da 1/5 attivazione P.D. con modalità concordate con Dip. Medicina e Dip Chirurgia
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Direttore SC POU Nota ID nr 65555 del 14/05/2014 individuazione organico ed organizzazione turni come previsto da POU. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Piena operatività PADD. 9 e 9 bis Villa Scassi (S.C. OM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Rispetto tempistica
TARGET 2014		Entro un mese dalla consegna delle opere completate (31/10/2014)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Le attività delle Strutture sanitarie all'interno dei Padd 9 e 9bis (con esclusione del trasferimento della neurologia) sono a pieno regime da fine anno 2014. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Individuazione all'interno del P.S. di un referente medico, un assistente sociale e/o psicologo per soggetti fragili (S.C. OM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Individuazione equipe di concerto con SSD Pronto Soccorso Villa Scassi e Dipartimenti Sanitari Territoriali. Nr soggetti fragili presi in carico
TARGET 2014		Entro 30/6 individuazione equipe. Da 1/7 nr soggetti fragili presi in carico dall'equipe
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: individuata equipe multidisciplinare entro i tempi previsti; dal 1/5 al 31/12 presi in carico 39 soggetti fragili afferenti il PS Villa Scassi. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Audit in ambito di rischio clinico condivisi con U.G.R., (S.C. OM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Evidenza degli incontri (accreditati ecm) con specifica modulistica condivisa con U.G.R.
TARGET 2014		Almeno un audit annuale per SS.CC. in condivisione con U.G.R.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SC POU: in tutte le SSCC si è svolto un Audit su argomento indicato dall'UGR. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
- SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico - SC Professioni Sanitarie		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Progetto "Verso una sanità che si prende cura" (S.C. DM del Presidio Ospedaliero Unico)
INDICATORE		Verifica attivazione di azioni di miglioramento dell'accoglienza del cliente esterno e/o interno
TARGET 2014		Entro 31/12/2014: Relazione attivazione strumenti di miglioramento dell'accoglienza (questionari rivolti all'utenza o agli operatori, focus group rivolti all'utenza o agli operatori, analisi reclami, ecc.)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione Staff DS: tutte le strutture aziendali chiamate a collaborare hanno risposto positivamente apportando il loro contributo specifico. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Monitoraggio attività svolta con il ricorso all' utilizzo di prestazioni aggiuntive (S.C. Professioni Sanitarie)
INDICATORE		Elaborazione report per Struttura
TARGET 2014		Riduzione del consumo di Prestazioni aggiuntive del 25%
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Ore previste=18.225 - Ore utilizzate= 18.382 Riduzione pari al 24,36%. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Supporto alle SS.CC. per lo sviluppo del progetto mappatura delle competenze per profili professionali e di posto (S.C. Professioni Sanitarie)
INDICATORE		Elaborazione schede per Profilo professionale
TARGET 2014		Entro il 30/06/2014 Incontro con tutti i rappresentanti delle Professioni Sanitarie. Entro il 31/12/2014 Elaborazione delle Schede per tutti i profili professionali e almeno tre aree infermieristiche
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Elaborate nr 29 schede allegate alla Relazione al Budget 2014. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Integrazione dei PDT con la componente Assistenziale Riabilitativa (S.C. Professioni Sanitarie)
INDICATORE		Evidenza PDT integrati
TARGET 2014		Entro il 30/6 incontro con il personale coinvolto. Entro il 31/12 implementazione dei PDT scompenso, BPCO e diabete con la componente assistenziale riabilitativa
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Definizione dei gruppi di lavoro; effettuazione incontri; elaborazione PDTA nei tempi previsti (verbali allegati alla Relazione al Budget 2014). Obiettivo raggiunto ☺



Strutture in Staff Direzione Sanitaria - SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico - SC Professioni Sanitarie		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Supporto alle SS.CC. all'utilizzo delle Best Pratiche per tutte le Professioni Sanitarie (S.C. Professioni Sanitarie)
INDICATORE		Corso FAD e Revisione BP di almeno due procedure aziendali
TARGET 2014		Entro il 30/06/2014 Predisposizione di un Corso FAD. Entro il 31/12/2014 Elaborazione di un elenco di procedure per figura professionale da Revisionare secondo BP e revisione di due procedure aziendali (contenzione del paziente e cateterismo vescicale)
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Conclusione Corso FAD entro il 30/6;accreditamento ECM entro il 31/7; fruizione da parte degli operatori dal 1/8. Dettaglio delle procedure elaborate per figura professionale nella relazione al Budget 2014, pubblicazione procedure contenzione e cateterismo vescicale sulla Intranet Aziendale. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Partecipazione al processo di Integrazione ospedale territorio per Area Materno Infantile(percorso nascita) e Area Fragilità integrata ("meglio a casa") (S.C. Professioni Sanitarie)
INDICATORE		1) Incontri finalizzati alla condivisione delle attività tra ospedale e territorio in merito all'obiettivo di Potenziamento attività Cure Domiciliari. Evidenza progetto 2) Incontri finalizzati alla condivisione delle attività tra ospedale e territorio in merito all'obiettivo Percorso Nascita Aziendale Ospedale/Territorio. Evidenza progetto
TARGET 2014		1) Entro 30/6 presentazione progetto presa in carico proattiva Entro 31/12 evidenza di utenti in carico secondo quanto previsto dal progetto 2) Elaborazione procedura unica Ospedale/Territorio: documento entro il 30/4 contenente anche il progetto di riorganizzazione dei punti d'offerta "Percorso Nascita". Dal 01/06/2014 evidenza di riorganizzazione logistica e organizzativa del percorso nascita e sperimentazione sul 90% dei casi afferenti alla S.C. Assistenza Consultoriale e al Dipartimento Materno Infantile
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		1) Evidenza progetto (presentati allegati in forma cartacea) 2) Partecipazione tavolo regionale Area Materno Infantile; Elaborazione procedure "Individuazione neomamme psicologicamente fragili" e "Procedura Assistenza e servizi offerti all'interno del percorso nascita". Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Sanitaria		
- SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero Unico - SC Professioni Sanitarie		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Migliorare la fase dell'accoglienza, fattore di qualità nel momento di presa in carico del paziente, da parte della struttura e degli operatori che ne fanno parte. (S.C. Professioni Sanitarie)
INDICATORE		Messa in atto di una azione di miglioramento con valutazione del grado di soddisfazione dei pz
TARGET 2014		Entro 31/12 Risultati dell'azione di miglioramento
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Relazione SS Qualità: Tutte le strutture aziendali chiamate a collaborare hanno risposto positivamente apportando il loro contributo specifico. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Migliorare le competenze gestionali del profilo di coordinatore per tutte le aree professionali (S.C. Professioni Sanitarie)
INDICATORE		Evidenza di avvenuta formazione. Elaborazione di un profilo di competenza per coordinatori
TARGET 2014		Entro 30/11 conclusione del percorso formativo Entro 31/12/2014 elaborazione della scheda competenze coordinamento
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Avviato corso per coordinatori in data 11/3; concluso il 20/11. Forniti 50 crediti per partecipante;elaborato Job; eseguita pesatura. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Amministrativa		
SC Legale		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura
INDICATORE		Consumato Anno 2013 relativo a Beni non sanitari
TARGET 2014		Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. Report CCD
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Lo sfioramento di budget è derivato dall'incremento del materiale di cancelleria necessario a gestire il procedimento relativo alle sanzioni amministrative per gli anni 2011, 2012 e 2013. Circa 1.000 fascicoli cartacei predisposti. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Contenimento costi legali
INDICATORE		Rispetto budget assegnato
TARGET 2013		Rispetto budget assegnato di cui alla deliberazione
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Budget assegnato con Deliberazione n. 439 del 7 luglio 2014 pari ad €. 210.000. Consuntivo 2014= €. 135.000. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Programmazione della fruizione del congedo ordinario anno in corso
INDICATORE		Nr gg di C.O. Anno 2013 al 30.06.2014 Nr gg di C.O. Anno 2014 al 31.12.2014
TARGET 2014		Smaltimento CO anno 2013 entro il 30/6/2014 Al 31.12.2014 C.O. Anno 2014 = 60 gg.
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Ferie Anno 2014 = 40 gg in media 8 gg procapite. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Mantenimento % conferimenti incarichi e consulenze legali a professionisti esterni
INDICATORE		% cause gestite direttamente
TARGET 2013		Mantenimento 80% cause gestite direttamente
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Cause giudiziali nanti la giurisdizione ordinaria (sez lavoro e civile) amministrativa (TAR) (54 nuove cause notificate nel 2014– gestite direttamente 48, che si aggiungono a quelle degli anni precedenti), il 100% della cause penale (costituzione parte civile – n. 8 cause) ed il 100% di quelle stragiudiziali, oltre all'attività di consulenza con emissione di pareri orali e scritti alle Strutture aziendali richiedenti. Obiettivo raggiunto ☺

Strutture in Staff Direzione Amministrativa		
SC Legale		
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Riedizione corso Anno 2013 in tema di modalità di gestione e riscossione delle sanzioni amministrative, in concorso con S.C. Aggiornamento e Formazione
INDICATORE		Rispetto tempistica di realizzazione del corso
TARGET 2014		Effettuazione corso entro 30/11
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Riorganizzato dalla S.C. Servizio Legale il Corso "Le sanzioni amministrative: L. 24 novembre 1981 n. 689" che si è svolto in tre edizioni con le seguenti date: 26/11/2014 – 27/11/2014 – 4/12/2014 ed è stato rivolto a 30/40 operatori per edizione. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Elaborazione di un documento sintetico di analisi dello stato delle procedure in materia di sanzioni
INDICATORE		Evidenza documento
TARGET 2014		Entro 30/07 evidenza documento
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Documento prodotto con nota n. 38546248 del 22.07.2014. Obiettivo raggiunto ☺
Obiettivo operativo	Dirigenza/ Comparto	Messa a regime processi di valutazione individuale del personale dirigente e del comparto, anche ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato
INDICATORE		Evidenza incontro informativo (verbale) Rispetto Tempistica Valutazione Individuale
TARGET 2014		Entro 31/03 Incontro con il personale ai fini dell'illustrazione della scheda di valutazione individuale e degli obiettivi di budget 2014. Invio verbale a SC O.S.R.U. Entro 28/02/2015 effettuazione della valutazione individuale per l'anno 2014
RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2014		Nota OSRU n. 41993883 del 16.04.2015 che certifica la presenza di ambedue i verbali della SC Legale. Obiettivo raggiunto ☺



Relazione Performance Anno 2014
Allegato 2) Rendicontazione obiettivi "Area Costi"

Dipartimenti Ospedalieri		Cardiologia, Chirurgie, Immagini, Emergenza e Accettazione, Materno Infantile, Medicina, Patologia Clinica, Specialità Mediche, Specialità Chirurgiche
OBIETTIVO STRATEGICO	Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale	
Obiettivo operativo Dirigenza/Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura (tutte le SSSC)	
Indicatore	Consumato Anno 2013 relativo a Beni sanitari e non sanitari. Rispetto Budget economico Anno 2014.	
TARGET 2014	Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. (Tutte SSSC), Report CCD	
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2014	Note
S.C. Cardiologia/UTIC Micone e Territorio	Relazione Direttore S.C.: Lo sfioramento del budget è attribuibile: 1) ad un incremento dell'attività in ambito aritmologico, in particolare al solo impianto di pace-maker si è passati da circa 190 impianti nel 2013 ad oltre 220 nell'anno 2014 con contestuale analogo incremento dell'attività di ablazione aritmie, con incremento dei costi ma anche favorevoli effetti sulla salute dei pazienti e sulla riduzione della mobilità passiva extraregionale. 2) incremento graduale ma consistente dell'attività di assistenza e ricovero di pazienti GUICH nell'ambito dell'convenzione con l'Istituto Gaslini, tali ricoveri sono gravati da elevati costi per la necessità di impiego di farmaci per la cura dell'ipertensione polmonare (Bosentan e Revalio). 3) elevata percentuale di ricovero di pazienti con scompenso cardiaco refrattario che comporta l'impiego di farmaci di elevato costo (es. Levosimendan) e l'uso di presidi terapeutici di alta specialità. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi	Obiettivo raggiunto il budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	☺
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.S.D. Day e Week Surgery S.S.D. Chirurgia del Piede	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Radiologia Villa Scassi	L'aumento della spesa dei dispositivi medici ed altro materiale sanitario è dovuto: 1) alla gestione delle rimanenze di fine anno 2013 con relativo scarico al cdc OP310080 in data 01/01/2014 che ha comportato l'assegnazione del Budget sottostimato di circa 30.000 € alla S.C. 2) al consumo di dispositivi medici che vengono usati nella sala operatoria del DEA (attribuibili principalmente alla S.S.D. Chirurgia D'Urgenza istituita nell'anno 2014), che hanno comportato un'assegnazione di Budget sottostimato alla S.C. Obiettivo raggiunto	☺
S.S.D. Medicina Nucleare	Obiettivo raggiunto il budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Radiologia Sesti Colletta Gallino S.S.D. Radiologia Territorio	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Fisica Sanitaria	Lo sfioramento è dato dall'imputazione nell'anno 2014 di € 618,20 per licenza d'uso office. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Anestesia e Rianimazione	L'aumento della spesa dei dispositivi medici ed altro materiale sanitario è dovuto: 1) alla gestione delle rimanenze di fine anno 2013 con relativo scarico al cdc OP310080 in data 01/01/2014 che ha comportato l'assegnazione del Budget sottostimato di circa 30.000 € alla S.C. 2) al consumo di dispositivi medici che vengono usati nella sala operatoria del DEA (attribuibili principalmente alla S.S.D. Chirurgia D'Urgenza istituita nell'anno 2014), che hanno comportato un'assegnazione di Budget sottostimato alla S.C. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Centro Grandi Uslionati S.C. Medicina d'Urgenza	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.S.D. Pronto Soccorso Villa Scassi/Sesti e Osservazione Breve Intensiva	Lo sfioramento del budget è dovuto a questi motivi: 1) aumento degli accessi in P.S. rispetto agli anni precedenti, 2) maggiore complessità dei casi trattati, 3) maggiore tempo di degenza dei Pazienti in osservazione breve intensiva per cronica mancanza di disponibilità posti letto nelle U.O. degenziali di Pazienti necessitanti di ricovero, 4) Acquisto di ferri chirurgici monouso e polouso, 5) Acquisto ventumask per C-Pap, 6) Acquisto elettrodi multifunzionali, monitoraggio base e monitoraggio prolungato per i nuovi monitori multiparametrici messi in uso nel 2014, 7) acquisto di antidoti SALVAVITA per il trattamento dell'edema angioneurotico di Quinke (acquisti indifferibili e comunque una tantum) (6200 EURO) 8) Uso di fattore ottavo della coagulazione per il Paziente S.S. usato i giorni 17 e 18 Luglio 2014 su consiglio degli ematologi del gaslini per ematuria in emofilo (chieste 6 fiale usate 2 da restituire n 4)(euro 9000), 9)acquisto di Actylise per trombolisi nello stroke o in caso TEP, 10) Errore unità di misura nella rilevazione delle rimanenze sui fili di sutura già segnalato, ribadito in sede di discussione di budget (per un totale di euro 50.000 circa), 11) Errore unità di misura nella rilevazione delle rimanenze su prodotto DERMABOND (parco a 5164 euro) usato solo presso il P.I. Micone.	☺

Obiettivo operativo Dirigenza/Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura (tutte le SSSC)	
Indicatore	Consumato Anno 2013 relativo a Beni sanitari e non sanitari. Rispetto Budget economico Anno 2014.	
TARGET 2014	Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. (Tutte SSSC). Report CCD	
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2014	Note
S.C. Ginecologia ed Ostetricia	Lo sfioramento del budget economico è dovuto: 1) Nolevole implementazione delle IVG farmacologiche rispetto alle chirurgiche, che comportano un consumo maggiore di farmaci. 2) Screening del cervico carcinoma che ha comportato un notevole aumento di consumo dei bisturi, manipoli elettrici, set filtrazione fumi ecc. Numero pazienti trattate anno 2013 = 57, anno 2014 = 120 3) Istituzione di un ambulatorio per la diagnosi e la terapia dei disturbi del pavimento pelvico, che ha aumentato l'offerta per tale patologia e quindi maggiori costi. 4) Aumento spese prodotti non sanitari derivati dallo spostamento della sala parto dal padiglione 7 al padiglione 5. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Neonatologia	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Medicina Generale Ospedale Galino - Pontedecimo	Obiettivo raggiunto il budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Medicina Generale Ospedale Micone - Sestri S.S.D. Oncologia Ospedale Micone - Sestri S.S.D. Oncologia Villa Scassi	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Medicina Generale Ospedale Villa Scassi	Il superamento del budget assegnato è dovuto 1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati: L'incremento di 32.000 euro circa della spesa appare legato, da un lato al maggior utilizzo di farmaci costosi (echinocandine, nuovi antibiotici...) per il trattamento di infezioni e sepsi da germi multiresistenti (su cui purtroppo ben poco si può fare se non cercare di passare, appena e quando possibile, all'uso di terapie orali); dall'altro all'incrementato in modo cospicuo nell'uso di sacche nutrizionali ev, che dovremmo invece riservare a casi più selezionati, nutrendo appena possibile i nostri anziani fragili e disfacili con sonde o PEG. 2) Dispositivi medici: 2. L'incremento di spesa di quasi 5.000 € è attribuibile almeno in parte all'incremento dell'attività in urgenza della U.O.S. di Gastroenterologia che ha portato la disponibilità nel 2014 sino alle ore 16, per cui si è verificato un significativo aumento nel consumo di clips per emostasi, dispositivi per il recupero corpi estranei, ecc Obiettivo raggiunto	☺
S.S.D. Medicina Riabilitativa Colletta - Arenzano	Il superamento del budget assegnato è dovuto ad un aumento dei ricoveri, alla tipologia dei pazienti ricoverati ed al consumo elevato di prostanoidei per la gestione di pazienti sclerodermici (Relazione direttore SC). Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Laboratorio Analisi	Il budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Il laboratorio Analisi inoltre ha effettuato circa € 75.000 di ordinativi per il Centro Trasfusionale. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Immunematologia e Medicina Trasfusionale SSD Citologia ed Istologia a Prevalente Indirizzo Territoriale	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Anatomia Patologica	L'incremento dei costi è dovuto 1) alla riorganizzazione dell'attività del Servizio con la SSD Citologia e Istologia ad prev. indirizzo territoriale 2) allo sviluppo ed aumento dell'offerta del programma di screening del tumore colo - rettale e della cervice uterina, in collaborazione con la SSD Popolazione a Rischio. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Nefrologia	Il budget assegnato è stato rispettato (considerando che a fine anno non è stata fatta la rilevazione delle scorte per i dispositivi medici che di solito si aggira attorno ai 130.000 € e il budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Pneumologia S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Reumatologia	Relazione Direttore S.C.: Prodotti farmaceutici ed emoderivati: Abbiamo riscontrato delle discrepanze sul consumo di alcuni farmaci, in particolare, le quantità sui nostri centri di costo al 31/12 dei farmaci distribuiti direttamente tramite lo scarico EDF non sono sempre uguali a zero, come sarebbe corretto, per quanto riguarda i farmaci infusionali il consumo, in alcuni casi, non coincide con i nostri dati presumibilmente per la gestione delle rimanenze di fine anno. Obiettivo raggiunto	☺
S.S.D. Endocrinologia, diabetologia e malattie metaboliche	Lo sfioramento è dovuto per quanto riguarda i prodotti farmaceutici ad un budget sottostimato (anno 2013 errata imputazione su EDF) e per i dispositivi medici per l'acquisto di sensori sottocutanei. Obiettivo raggiunto	☺



Relazione Performance Anno 2014
Allegato 2) Rendicontazione obiettivi "Area Costi"

Obiettivo operativo Dirigenza/Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura (tutte le SCCC)	
Indicatore	Consumato Anno 2013 relativo a Beni sanitari e non sanitari. Rispetto Budget economico Anno 2014.	
TARGET 2014		
Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. (Tutte SCCC). Report CCD		
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2014	Note
S.C. Urologia	L'aumento della spesa è dovuto: Dispositivi medici ed altro materiale sanitario: 1) alla gestione delle rimanenze di fine anno 2013 con relativo scarico al cdc VS490020 in data 01/01/2014 che ha comportato l'assegnazione del Budget sottostimato di circa 8.000 € alla S.C. 2) ad un consistente aumento delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale (sia è passati da 109 prestazione nell'anno 2013 per un valore della produzione pari a 79.000, a n. 252 nell'anno 2014 per un valore di € 182.000) che hanno comportato un maggior consumo di presidi chirurgici pari a 30.000 € circa. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Chirurgia Vascolare	Vedesi nota Direttore SC del 2/4/2015. Obiettivo raggiunto	☺
S.S.D. Chirurgia Toracica	Relazione Direttore S.S.D.: Per i Farmaci l'aumento è dovuto: all'errato scarico di sacche NPT sul cdc della Chirurgia Toracica. La S.S.D. svolge la propria attività di sala operatoria nel blocco del DEA dove vengono effettuati interventi di varie Strutture. Per i Dispositivi medici l'aumento è dovuto: In parte all'aumento di attività e in parte allo scarico di materiale sanitario (sutura e cariche suturatrici) sul cdc del B.O. Chirurgia Toracica anziché sul B.O. comune del DEA. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Neurologia	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Oculistica	lo sfioramento del budget assegnato è dovuto all'aumento dell'attività in termini di chirurgia ambulatoriale. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. O.R.L.	il budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	☺

OBIETTIVO STRATEGICO	Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento della efficienza gestionale	
Obiettivo operativo Dirigenza	Miglioramento dell'efficienza dell'attività Ospedaliera (tutte le SSSC)	
Indicatore	Rapporto Ricavi/Costi	
TARGET 2014	Miglioramento del rapporto rispetto Anno 2013. Report CCD	
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2014	Note
S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano	Proiez Anno 2013= 1,24 Anno 2014=1,28. Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Cardiologia/UTIC Micone e Territorio	Proiez Anno 2013= 0,83 Anno 2014=0,91. Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi	Proiez Anno 2013= 0,99 Anno 2014 = 1,02. Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Chirurgia Generale	Proiez Anno 2013=1,05 Anno 2014 = 1,16. Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Ortopedia e traumatologia	Proiez Anno 2013=0,89 Anno 2014=0,99 in incremento rispetto al 2013 ed in relazione anche all'obiettivo 2 area 7. Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Centro Grandi Ustionati	Anno 2014= Grandi Ust 0,99 - Chir Plastica 1,13. Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Medicina d'Urgenza	Anno 2014=0,81 lo stretto legame con il DEA a parità di costi non permette di intervenire sulla produzione (e quindi sui ricavi), pertanto i risultati attesi erano eccessivi rispetto alle possibilità di incidere da parte della Struttura Obiettivo parz. raggiunto	😐
S.C. Ginecologia ed Ostetricia	Proiez Anno 2013=1,19 Anno 2014=1,21. Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Medicina Generale Ospedale Gallino - Pontedecimo	Proiez Anno 2013=0,97* Anno 2014 = 1,07. Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Medicina Generale Ospedale Micone - Sestri	Proiez Anno 2013=0,96 Anno 2014 = 1,06. Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Medicina Generale Ospedale Villa Scassi	Anno 2012=1,09 Anno 2014 = 1,01. Obiettivo parz. Raggiunto	😐
S.C. Laboratorio Analisi	Proiez Anno 2013= 1,61 Anno 2014 = 1,76 Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Anatomia Patologica SSD Citologia ed Istologia a Prevalente Indirizzo Tessuturale	somma Strutture Anatomia Patologica Anno 2013= 0,74 Somma Strutture Anatomia Patologica Anno 2013= 0,80. Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Nefrologia	Proiez Anno 2013= 0,65 Anno 2014= 0,88 Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Pneumologia	Proiez Anno 2013=1,00 Anno 2014 = 1,00. Obiettivo parz. Raggiunto	😐
S.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale	Proiez Anno 2013=0,54 Anno 2014= 0,58 Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Urologia	Proiez Anno 2013=1,55 Anno 2014=1,62. Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Chirurgia Vascolare	Proiez Anno 2013=1,41 Anno 2014=1,38 in considerazione della tipologia di pazienti con degenza media molto alta e con patologia spesso poco remunerativa. Obiettivo parz. Raggiunto	😐
S.S.D. Chirurgia Toracica	Proiez Anno 2013= 1,42 Anno 2014=2,14. Obiettivo Raggiunto	😊
S.C. Neurologia	Micone Proiez Anno 2013=0,97 Villa Scassi Proiez Anno 2013=0,87 Anno 2014 = 0,93. Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Oculistica	Proiez Anno 2013=1,01 Anno 2014= 1,06 (compresa attività sumaiisti) Anno 2014= 0,90 (esclusa attività sumaiisti) Obiettivo parz. raggiunto	😊
S.C. O.R.L.	Proiez Anno 2013=1,36 Anno 2014 = 0,88. Obiettivo non Raggiunto	😞



Dipartimenti territoriali		
Cure Primarie e Attività Distrettuali, Attività Farmaceutiche, Prevenzione, Salute Mentale e dipendenze		
OBIETTIVO STRATEGICO	<i>Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento dell'azienda attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi che consentano il mantenimento dello efficienza gestionale</i>	
Obiettivo operativo Dirigenza/Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura (tutte le SSSC)	
Indicatore	Consumato Anno 2013 relativo a Beni sanitari e non sanitari. Rispetto Budget economico Anno 2014.	
TARGET 2014	Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. (Tutte SSSC). Report CCD Riduzione 10% costi relativi a beni non sanitari derivanti dalla realizzazione del progetto dematerializzazione (SC Igiene e Sanità Pubblica, SC Sicurezza Alimentare)	
SC/SSD	Risultati Raggiunti al 31/12/2014	Note
S.C. Distretto Socio Sanitario 8 - Ponente S.C. Distretto Socio Sanitario 9 - Medio Ponente S.C. Distretto 10 Valpoccevera e Valle Scrivia S.C. Distretto 12 Valbisagno Valtrebbia S.C. Cure Primarie S.S.D. Cure Palliative S.S.D. Tutela salute in ambito penitenziario	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Distretto 11 Centro	Sforamento del budget dei dispositivi per € 27.000 ascrivibile al fatto che nell'ultimo triennio del 2014 sono stati ospitati, a seguito dell'alluvione, le cure domiciliari e gli specialisti del DSS 12. In base a tali motivazioni l'obiettivo è da ritenersi raggiunto.	☺
S.C. Distretto 13 Levante	Lo sfioramento è dato dalla voce materiale per la profilassi (vaccini) imputata principalmente ai cdc del distretto. In base a tali motivazioni l'obiettivo è da ritenersi raggiunto.	☺
S.C. Assistenza Consultoriale	Lo sfioramento è dato dalla voce materiale per la profilassi (vaccini) i cui consumi vanno considerati assieme a quelli della S.C. Igiene e Sanità Pubblica. In base a tali motivazioni l'obiettivo è da ritenersi raggiunto.	☺
S.C. Igiene e Sanità Pubblica S.C. Medicina Legale	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺
S.C. Sicurezza Alimentare	Il leggero sfioramento di € 1.088 è dovuto all'acquisto di 5 nuovi termometri portatili a sonda per alimenti. In base a tali motivazioni l'obiettivo è da ritenersi raggiunto.	☺
S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.)	Lo sfioramento del budget assegnato è dato dall'imputazione nell'anno 2014 di diverse licenze d'uso e dall'acquisto di materiale per la protezione individuale il cui importo non era stato inserito nel budget. In base a tali motivazioni l'obiettivo è da ritenersi raggiunto.	☺
S.C. Sanità Animale	Il budget economico era sottostimato in quanto alcuni beni vengono acquistati ogni 2 anni. Vedi relazione Direttore S.C. agli atti. L'incremento dei costi e delle spese sostenute dalla Struttura è stato determinato per la maggior parte dall'acquisto di beni o di prodotti che vengono acquistati periodicamente e/o in grandi quantità e che nel corso del 2013 erano ancora in nostro possesso. Tali beni o prodotti risultano indispensabili all'espletamento delle attività istituzionali, numerose delle quali rientranti nei L.E.A. In base a tali motivazioni l'obiettivo è da ritenersi raggiunto.	☺
S.S.D. Popolazione a rischio	L'incremento dei costi è dovuto allo sviluppo dell'offerta del programma dello screening del tumore colon - rettale che ha indotto una maggior distribuzione gratuita sia di provette per la ricerca del sangue occulto fecale, sia di preparazioni intestinali per colonoscopia. In base a tali motivazioni l'obiettivo è da ritenersi raggiunto.	☺
Dipartimento Attività farmaceutiche - S.C. Farmaceutica Ospedaliera - S.C. Farmaceutica Convenzionata	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	☺

Obiettivo operativo Dirigenza/Comparto	Ottimizzazione costi direttamente gestiti dalla struttura (tutte le SSSC)	
Indicatore	Consumato Anno 2013 relativo a Beni sanitari e non sanitari. Rispetto Budget economico Anno 2014.	
TARGET 2014	Tabella allegata alla scheda di Budget economico 2014. (Tutte SSSC). Report CCD Riduzione 10% costi relativi a beni non sanitari derivanti dalla realizzazione del progetto dematerializzazione (SC Igiene e Sanità Pubblica, SC Sicurezza Alimentare)	
SC/SSD	Risultati Raggiunti ai 31/12/2014	Note
S.C. Salute Mentale Distretto 8 S.C. Salute Mentale Distretto 10 S.C. Salute Mentale Distretto 11 S.C. SPDC AO IST San Marino S.C. SPDC Ospedale Galliera S.S.D. Funzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale	Il budget assegnato è stato rispettato. Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Salute Mentale Distretto 9	Relazione Direttore S.C.: Relazione Direttore S.C.: L'aumento del 2/3 è dovuto all'utilizzo di farmaci di tipo ospedaliero, quindi estranei al meccanismo EDF, maggiormente appropriati ai bisogni dei pazienti, ma anche più costosi. Emblematico il caso del depot Xeplion, l'ultimo introdotto in commercio. Questo	😐
S.C. Salute Mentale Distretto 12	Relazione Direttore S.C.: Prodotti farmaceutici ed emoderivati: L'aumento dei costi è dovuto alla non completa applicazione della procedura EDF. L'eccessivo carico di lavoro del personale medico e la reazione emotiva alla grave aggressione di un dirigente medico da parte di un paziente, avvenuta nel luglio 2014, possono aver creato le condizioni per cui soprattutto da parte dei medici l'attività clinica si sia concentrata su operazioni finalizzate alla prevenzione della pericolosità dei pazienti. Obiettivo parzialmente raggiunto	😐
S.C. Salute Mentale Distretto 13	Relazione Direttore S.C.: Prodotti farmaceutici ed emoderivati: L'aumento è dovuto in maniera consistente all'utilizzo di farmaci maggiormente appropriati ai bisogni dei pazienti, ma anche più costosi, nel rispetto delle linee guida internazionali (come ad esempio l'utilizzo del depot Xeplion). Obiettivo raggiunto	😊
S.C. Sert	Relazione Direttore S.C.: Nell'anno precedente il passaggio alla Buprenorfina generica aveva molto facilitato il compito. Dal computo vanno sottratti 112.000 Euro che rappresentano il valore degli psicofarmaci e dei farmaci consegnati in conto ASL (non avendo EDF non vengono scorporati automaticamente). La consegna diretta di questi farmaci in Servizio invece dell'invio in farmacia impegna ulteriormente il servizio ma permette un contenimento dei costi. Tenendo conto di questo scorporo siamo rimasti nel budget assegnato. VA breve verrà allivato EDF. In base a tali motivazioni l'obiettivo è da ritenersi raggiunto .	😊
S.C. SPDC Ospedale Villa Scassi	il leggero sfioramento è dovuto all'acquisto di metadone per il resio il budget assegnato rientra nel margine di tolleranza stabilito (< 3%). Obiettivo raggiunto	😊



Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.S.D. Cardiologia Riabilitativa Colletta - Arenzano							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/9/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	16,17	16,81	16	10	18,78	0	☹
Tasso di occupazione posti letto	80,1	92,85	95	5	96	5	☺
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	8 casi pari ad 1,66% Mediana S.Anna anno 2012=15,8%	8 casi pari ad 1,90%	Mantenimento	5	14 casi pari ad 2,64%	5	☺
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	0	0	Mantenimento	2,5	0	2,5	☺
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	0	0	Mantenimento	2,5	0	2,5	☺
Nr pz ASL3/ Tot. Pz. Trattati	485 tot - 453 liguri 241 Asl3=50% sul totale casi	425 tot - 418 liguri 238 Asl3=56% sul totale casi	Mantenimento	5	542 tot di cui 530 liguri 292 pz residenti Asl3=54% sul totale casi obiettivo da intendersi raggiunto in considerazione delle disposizioni regionali nell'area cardiologia riabilitativa	5	☺
Totale punti						20	

S.C. Cardiologia/UTIC Micone e Territorio							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	7,72	9,03	8	10	6,57	10	☺
Peso Medio	1,41	1,43	Mantenimento	2,5	1,42	2,5	☺
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 1,43% (7/488) BC 1,19% (7/586)	LEA 2,65% (9/340) BC 2,66% (17/640)	LEA < 5% BC<2%	5	LEA 2,77% (15/542) BC 2,87% (19/662)	3,75	☹
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	14 casi pari al 4,84% Mediana S.Anna anno 2012=15,8%	12 casi pari al 5,56%	Mantenimento	2,5	22 casi pari al 7,61%	2,5	☺
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	8 casi pari al 2,77% Mediana S.Anna anno 2012 = 3,89%	10 casi pari al 4,63%	<4%	5	6 casi pari al 2,36%	5	☺
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	23 casi pari al 5,03% Mediana S.Anna anno 2012 = 4,48%	24 casi pari al 7,67%	<4,48%	5	29 pari al 5,82% obiettivo parz. raggiunto in ragione del miglioramento rispetto all'anno 2013	3,75	☹
Totale punti						27,5	



Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Cardiologia/UTIC Villa Scassi							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	5,92	6,03	Mantenimento	10	6,47	7,5	☹
Peso Medio	1,7	1,8	Mantenimento	2,5	1,83	2,5	☺
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 1,66% (12/723) BC 1,60% (16/1001)	LEA 1,09% (5/459) BC 1,07% (9/840)	Mantenimento	2,5	LEA 0,74% (5/675) BC 1,27% (12/945)	2,5	☺
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	55 casi pari al 17,52% Mediana S.Anna anno 2012=15,8%	34 casi pari al 18,28%	< 15,8%	5	41 casi pari al 16,40%	3,75	☹
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	8 casi pari al 2,55% Mediana S.Anna anno 2012 = 3,89%	6 casi pari al 3,23%	Mantenimento	5	9 casi pari al 4,39%	3,75	☹
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	43 pari al 6,22% Mediana S.Anna anno 2012 = 4,48%	14 pari al 3,17%	Mantenimento	5	14 pari al 2,22%	5	☺
Totale punti						25	

S.C. Chirurgia Generale							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	6,77	6,43	6	2,5	6,72	1,875	☹
Peso Medio	1,47	1,45	Mantenimento	2,5	1,46	2,5	☺
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 15%(78/504) BC 4,53%(23/503)	LEA 14%(128/902) BC 4,53%(23/503)	LEA 5% BC 2%	5	LEA 13%(138/1033) BC 2,09%(26/1243)	3,75	☹
Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg	1,24	1,18*	1,14 Obiettivo regionale	5	0,38	5	☺
Colecistomie laparoscopiche in DS e RO 0-3 gg (Week Surgery)	2,27%	63%*	Mantenimento	7,5	1,32 (4/304)	0	☹
Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia (donne 15-49 anni)*	N.V.	39% (10/26)*	79% mediana S.Anna	5	52% (14/27)*	3,75	☹
Dimissioni con DRG Chirurgici	79%	80%	85%	5	75%	0	☹
Percentuale ricoveri ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	16 (ott/dic) pari al 3,35% Mediana S.Anna Anno 2012 =4,48%	26 pari al 2,99% Mediana S.Anna 4,48%	Mantenimento	2,5	36 pari al 3,11%	2,5	☺
Totale punti						19,38	

S.S.D. Day e Week Surgery



Allegato 3) Rendicontazione "Area Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni"

Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Tasso di Occupazione	N.V.	108%ds multidisc	da 95% a 100%	5	125% ds Multidisciplinare	5	😊
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 3% (5/197)	LEA 2,97%(3/101) BC 6% (63/1009)		5	LEA 10,39%(16/154) BC 7% (58/826)	0	😞
Dimissioni con DRG Chirurgici	N.V.	98% week surg 99,66% ds	Mantenimento	5	100% week surg 99,84% ds	5	😊
Colecistectomie laparoscopiche in DS e RO 0-3 giorni *	N.V.	93,88%*	Mantenimento	5	23% (19/83)	5	😊
Nr ricoveri programmati con intervento chirurgico	N.V.	95% (127/133)	Mantenimento	5	98,88% (177/179)	5	😊
Trasferimento in regime ambulatoriale DRG 160 e DRG 162 (prestazioni ad alto rischio inappropriata Dgr1222/2011)	N.V.	213 interventi in regime di ricovero 130 interventi in regime ambulatoriale	almeno il 90% degli interventi effettuati in regime di ricovero devono essere effettuati in amb.	15	17 interventi in regime di ricovero ordinario 249 interventi in regime di ricovero diurno 221 interventi in regime ambulatoriale = 46% sul totale casi Obiettivo da intendersi parz. raggiunto in considerazione dell'incremento degli interventi in regime ambulatoriale	11,25	😊
Totale punti						31,25	

* Anno 2013 - Metodologia di calcolo diversa da quella adottata a livello regionale per il 2014

Rielaborazione secondo la corretta metodologia di calcolo

COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE - ANNO 2013					
OSPEDALE	REPARTO DIMISSIONE	DESCRIZIONE REPARTO	COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS O ORD <=1	% COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS O ORD <=1 RISPETTO A COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE
VILLA SCASSI	0908	CHIRURGIA POLI	327	5	1,53
GALLINO	0905	WEEK SURGERY	72	11	15,28
TOTALE ASL			399	16	4,01



Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
 Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Ortopedia e traumatologia							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	9,96	12,78	9	10	12,87	7,5	☹️
Peso Medio	1,32	1,48	Mantenimento	2,5	1,45	2,5	😊
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 25% (232/928) BC 1,10% (13/1183)	LEA 20,98%(146/696) BC 1,15% (9/781)	LEA 5% BC 2%	2,5	LEA 17,67%(164/928) BC 0,86% (9/1046) in miglioramento rispetto anno 2013 obiettivo parz. Raggiunto	1,875	☹️
Degenza media preoperatoria (escluse le urgenze)	3,32	4,08	1,14 Obiettivo regionale	10	2,32 * Parz ragg in considerazione della diminuzione D.M. preoperatoria	7,5	☹️
Fratture di femore operate entro 2gg	69 pari al 26,24% - Mediana S.Anna Anno 2012 = 55,75%	34 pari al 13,71%	46,5%+5%	5	81 pari al 25,71%	0	☹️
Chirurgia protesica ortopedica (Drg 471-544-545)	nr 127 casi Drg 544 nr casi 7 Drg 545	nr 127 casi Drg 544 nr 10 casi Drg 545	nr 200 casi Drg 544-545	5	nr 165 casi Drg 544 nr 9 casi Drg 545	3,75	☹️
Dimissioni con DRG Chirurgici	0,84	0,8067	0,88	5	83% ord 94% ds (in media 88%)	5	😊
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	39 casi pari al 23,49% - Mediana S.Anna Anno 2012 =15,8%	30 casi pari al % 21,13%	0,158	2,5	34 casi pari al 19,88% in miglioramento rispetto all'anno 2013 obiettivo parz. Raggiunto	1,875	☹️
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	18 pari al 2,07% - Mediana S.Anna Anno 2012 =4,48%	9 pari all' 1,22%	Mantenimento	2,5	21 pari al 2,35%	2,5	😊
Totale punti						32,5	

S.S.D. Chirurgia del Piede							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza media preoperatoria	0,91	0,93	Mantenimento	5	0,85	5	😊
Drg 225 - Riconversione % attività ordinaria in attività diurne (DS)	Day Surgery (42casi)=23%	Ordinario(61 casi)=48% Day Surgery (12 casi)=10% One Day Surgery (52 casi) = 41%	Day S	25	Ordinario (104 casi)=49% Day Surgery (32 casi)=15% One Day Surgery(64 casi)=30% Obiettivo parz. Raggiunto in quanto vi è stato un mantenimento dell'attività Anno 2013	18,75	☹️
Totale punti						23,75	

Casi anno 2014		
RO	104	49%
ODS	64	30%
DS	32	15%
DH	11	5%
Totale	211	100%



Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Centro Grandi Ustionati							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Tasso di occupazione posti letto	52,81 intensiva 83,15 subintensiva	50,09 intensiva 78,11 subintensiva	Mantenimento	10	61,23 intensiva 79,32 subintensiva	10	😊
Peso medio	5,07 intensiva 3,27 subintensiva	6,01 intensiva 3,24 subintensiva	Mantenimento	15	5,36 intensiva 3,68 subintensiva	15	😊
Degenza media	14,92 intensiva 19,98 subintensiva	23,73 intensiva 16,60 subintensiva	Mantenimento	15	23,2 intensiva 18,15 subintensiva*	11,25	😐
Totale punti						36,25	

*x la degenza subintensiva viene lo scostamento di tolleranza previsto per le strutture di afo medica

S.C. Medicina d'Urgenza							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Tasso di occupazione posti letto	92,02	94,42	Mantenimento	10	95,22	10	😊
Peso medio	0,91	1,06	Mantenimento	5	1,12	5	😊
Degenza media *	9,16	12	Degenza <= 5 gg	0*	12,21	0	😞
Riduzione LEA e BC	LEA=29,86% (301/1008) BC = 10,42% (105/1008)	LEA= 18,70%(109/583) BC=5,31% (31/583)	Mantenimento	5	LEA= 12,96%(84/648) BC=3,39% (22/649)	5	😊
Totale punti						20	

* Peso obiettivo già conteggiato al punto 4 dell'Area 7

Punto di Primo Intervento Ospedale Gallino	Tot Accessi	Nr Accessi seguiti da ricovero c/o proprio presidio	% incidenza ricoveri su tot accessi
Anno 2013	7.981	674	8,45%
Anno 2014	8.237	620	7,53%

Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.S.D. Pronto Soccorso Villa Scassi/Sestri e Osservazione Breve Intensiva							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Riduzione LEA e BC in pazienti accettati da PS	Sestri LEA 13,90% BC 4,09% Vscassi LEA 15,25% BC 8,21%	Sestri LEA 15,30 % BC 6,36% Vscassi LEA 13,48% BC 7,78%	Mantenimento LEA e BC Anno 2013 per pazienti accettati da PS e ricoverati in degenza ordinaria presso le SSCC del Presidio	10	Sestri LEA 18,17 % BC 5,44% Vscassi LEA 12,56% BC 7,16%	7,5	☹
Miglioramento appropriatezza nell'assegnazione codici triage in confronto con dati SIMEU relativamente ai codici gialli	% coincidenza codici tra codice assegnato al triage e codice assegnato alla dimissione Sestri = 74% Villa Scassi = 69%	% coincidenza codici tra codice assegnato al triage e codice assegnato alla dimissione Sestri = 78% Villa Scassi = 69%	Sestri = 80% Villa Scassi = 80%	15	Sestri = 68% Villa Scassi = 71% obiettivo è da intendersi parz. Raggiunto in ragione del miglioramento registrato al DEA dell'ospedale Villa Scassi	11,25	☹
Ricoveri su Accessi p.s.	9,37% Sestri - 10,84% Villa Scassi	6,31% Sestri - 14,81% Villa Scassi	Riduzione rispetto Anno 2013	10	6,29% Sestri - 13,85% Villa Scassi	10	☺
Totale punti						28,75	

S.C. Ginecologia ed Ostetricia							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	3,42	2,46	mantenimento	5	2,29	5	☺
% DRG Chirurgici	47% (1521/3231)	45% (1104/2434)	= Anno 2012	5	50% (1402/2820)	5	☺
Riconversione Lea	LEA 8,68% (195/2247)	LEA 7,86% (139/1769)	<=5%	5	LEA 11,41% (242/2121)	0	☹
Riduzione dei parti cesarei inappropriati secondo indicatore NTSV (depurati)	N.V.	14,00% ossia 40 cesarei su 288 parti depurati	0,2311	10	Rispetto ai 261 parti depurati, i 49 cesarei sono pari al 18,77% è da considerarsi parz. Raggiunto in quanto in miglioramento rispetto al 2013	7,5	☹
Totale punti						17,5	



Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Medicina Generale Ospedale Gallino - Pontedecimo							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	10,47 Med Gen 13,06 Med Riab Gallino 22,67 Med Riab Colletta	11,05 Med Gen 15,79 Med Riab Gallino 23,96 Med Riab Colletta	10 Med Gen 13 Med Riab Gallino 22 Med Riab Colletta	10	41 Med Riab Gallino	7,5	☹️
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 17,64% (181/1026) BC 2,65% (30/1133)	LEA 16,20% (98/605) BC 2,62% (20/764)	LEA = 5% (in considerazione dell'attivazione del progetto di chronic care model in tema di BPCO) BC = 2%	5	Medicina Generale Gallino LEA 17,52% (140/799) BC 3,34% (28/839)	0	☹️
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	38 casi pari al 6,60% Mediana S.Anna anno 2012=15,8%	89 casi pari al 8,97%	Riduzione 20% rispetto a 2013	5	11 casi pari all'1,60%	5	😊
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	25 casi pari al 2,52% Mediana S.Anna anno 2012 = 3,89%	22 casi pari al 3,82%	Mantenimento	5	28 casi pari al 4,44 *	5	😊
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	60 pari al 6,41% Mediana S.Anna anno 2012 = 4,48%	27 pari al 5,23%	<= 4,48%	5	26 casi pari al 3,83%	5	😊
Nr DRG BPCO	47	20 proiezioni anno =27	Mantenimento	5	12 casi	5	😊
Totale punti						27,5	

*Obiettivo Regionale Anno 2014 = 4% - L'obiettivo si considera raggiunto in quanto all'interno di un range previsto (fino a 4,50%)

S.C. Medicina Generale Ospedale Micone - Sestri							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	10,61	11,28	10	10	11,18	7,5	☹️
Peso Medio	1,01	1,07	Mantenimento	2,5	1,08	2,5	😊
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 21,41% (191/892) BC 5,62% (62/1104)	LEA 19,76%(113/572) BC 6,47% (37/572)	LEA = 5% (in considerazione dell'attivazione del progetto di chronic care model in tema di BPCO) BC = 2%	5	LEA 20,63%(164/795) BC 4,65% (37/795)	0	☹️
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	98 casi pari al 11,04% Mediana S.Anna anno 2012=15,8%	35 casi pari al 6,16%	Mantenimento	2,5	28 casi pari al 4,11%	2,5	😊
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	59 casi pari al 6,64% Mediana S.Anna anno 2012 = 3,89%	31 casi pari al 5,46%	Max 10 con segnalazione casi a carattere sociale (Distretto)	5	55 casi pari all'8,18% *	0	☹️
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	42 pari al 4,92% Mediana S.Anna anno 2012 = 4,48%	32 pari al 5,96%	<= 4,48%	5	36 casi pari al 4,77%	3,75	☹️
Nr DRG BPCO	46	7 proiezioni anno =9	Mantenimento	5	27 casi	0	☹️
Totale punti						16,25	



Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
 Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Medicina Generale Ospedale Villa Scassi							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	15,19	12,78*	12	5	12,3 *	5	😊
Peso Medio	1,05	1,06	Mantenimento	2,5	1,08	2,5	😊
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 17,51% (303/1730) BC 4,45% (77/1730)	LEA 15,36% (196/1276) BC 3,83% (51/1332)	LEA = 5% (in considerazione dell'attivazione del progetto di chronic care model in tema di BPCO) BC = 2%	5	LEA 17,67% (305/1726) BC 8% (158/2044)	0	😞
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	170 casi pari al 6,44% Mediana S. Anna anno 2012 = 3,89%	63 casi pari al 4,98%	Mantenimento	2,5	16 casi pari all'1,16%	2,5	😊
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	59 casi pari al 6,64% Mediana S. Anna anno 2012 = 3,89%	178 casi pari al 14,08%	Max 30 con segnalazione casi a carattere sociale (Distretto)	5	227 casi pari al 15,28%	0	😞
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	67 pari al 4,12% Mediana S. Anna anno 2012 = 4,48%	40 pari al 3,33%	Mantenimento	5	57 casi pari al 3,59%	5	😊
Nr DRG BPCO	51	38 proiezione anno= 51	0	5	72	0	😞
Totale punti						15	

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

S.C. Nefrologia							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	15,96	15	14	10	13,33	10	😊
Peso Medio	1,29	1,24	1,29	2,5	1,24	1,875	😊
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 2 % (7/239*) BC 1 % (0,30/336)	LEA 3,04 % (7/230) BC 0 % (0/230)	Mantenimento	2,5	LEA 1,25 % (4/319) BC 0,29 % (1/344)	2,5	😊
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	19 pari al 8,19% Mediana S. Anna anno 2012=15,8%	15 pari al 7,46%	Mantenimento	5	35 pari al 14,06%	5,00	😊
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	21 pari al 9,05% Mediana S. Anna anno 2012= 3,89%	14 pari al 6,97%	Max 5 con segnalazione casi a carattere sociale (Distretto)	5	29 pari al 12,34%	0	😞
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	27 pari al 10,11% Mediana S. Anna anno 2012= 4,48%	23 pari al 10,45%	Riduzione del 30% (con esclusione dei pz con dimissione temporanea in attesa di dialisi)	10	29 pari al 9,09%	7,5	😊
Totale punti						26,88	

Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
 Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.c. Pneumologia

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	13,75	14,3	13,5	2,5	12,23	2,5	😊
Peso Medio	1,41	1,48	Mantenimento	5	1,31	0	😞
Riconversione Lea e Bassa Complessità	Lea 5,69 (37/650) BC 6,69% (65/972)	Lea 6,09 (31/509) BC 6,99% (60/858)	LEA <5% BC < 2%	5	Lea 5,04 (39/774) BC 5,04% (39/774)	3,75	😐
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	44 pari al 8,48% Mediana S.Anna anno 2012=15,8%*	30 pari al 7,61%	Mantenimento	2,5	48 casi pari all'8,38	2,50	😊
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	26 pari al 5,01% Mediana S.Anna anno 2012= 3,89%	37 pari al 9,39%	Max 5 con segnalazione casi a carattere sociale (Distretto)	5	31 pari al 7,08%	3,75	😐
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	52 pari al 8,68% Mediana S.Anna anno 2012= 4,48%	47 pari al 9,89%	Riduzione del 30%	5	62 pari all'8,93%	3,75	😐
Nr DRG BPCO	37	25 proiez anno=33	10 casi nell'anno	5	34	0	😞
Totale punti						16,25	

S.C.Recupero e Riabilitazione Funzionale

Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti def	
Tasso di Occupazione	0,95	0,931	0,95	5	0,9488	5	😊
Degenza Media Reparto cod 56	D.M. di reparto = 22,94 gg; D.M per protesica elettiva= 17 gg; D.M. per frattura di femore = 26 gg; D.M. ictus =37 gg; D.M. altro (neurologici, mielopatie) =31 gg	D.M. di reparto = 23,30 gg; D.M per protesica elettiva= 19 gg; D.M. per frattura di femore = 43 gg; D.M. ictus =32 gg; D.M. altro (neurologici, mielopatie) =38 gg	D.M per protesica elettiva= 15 gg; D.M. per frattura di femore = 27 gg; D.M. ictus =42 gg; D.M. altro (neurologici, mielopatie) =45 gg	5	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) =101 gg	0	😞
Degenza Media Reparto cod 75	35,77	34,27	Mantenimento	5	36,23	3,75	😐
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 60,56%(129/213)Riab LEA 9,15% (13/142) Neuroriab	LEA 46,58%(75/161)Riab LEA 11,34% (11/97) Neuroriab	LEA 5%	5	LEA 49%(105/213)Riab LEA9,57% (11/115) Neuroriab	3,75	😐
DRG Medici con degenza <= 2 gg. (cod 56)	6 pari al 2,82% Mediana S.Anna anno 2012=15,8%	1 pari allo 0,62%	Mantenimento	5	1 pari allo 0,48%	5	😊
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	27 pari al 10,11% Mediana S.Anna anno 2012= 4,48%	23 pari al 10,45%	Riduzione del 30% (con esclusione dei pz con dimissione temporanea in attesa di dialisi)	10	29 pari al 9,09%	7,5	😐
Totale punti						25,00	

Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Urologia							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	7,85	7,69	7,5	5	7,5	5	😊
Peso Medio	1,24	1,24	1,25	2,5	1,15	1,875	😐
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 15,64% (94/601) BC 8,30% (63/759)	LEA 16,96% (76/448) BC 6,94% (59/850)	LEA 5% BC 2%	2,5	LEA 21,84% (135/618) BC 5,23% (66/1261)	0	😞
Degenza media preoperatoria	2,12	2,31	1,14 Obiettivo regionale	7,5	0,8	7,5	😊
Percentuale interventi prostatectomia transuretrale	59% (40/68) Mediana S. Anna Anno 2012= 69,23	52% (33/63)	70%	7,5	64% (38/59)	5,625	😐
Dimissioni con DRG Chirurgici	62%	73%	75%	5	64%	0	😞
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	25/567= 4,41% Mediana S. Anna Anno 2012 =4,48%	19/424=4,48%	Mantenimento	5	25/586=4,27%	5	😊
Totale punti						25	

S.S.D. Chirurgia Toracica							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	10,98	11,93	9,16	10	8,54 calcolata sulle gg degenza effettive	10	😊
Peso Medio	2,08	2,25	Mantenimento	2,5	2,16	2,5	😊
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 3,30%(7/212) BC 1,42 %(3/212)	LEA 0,68%(1/146) BC 0,67 %(1/150)	Mantenimento	2,5	LEA 1,18%(3/255) BC 2,7 %(7/255)	2,5	😊
Corretta compilazione SDO su tipo ricovero, regime ricovero, data prenotazione, classe di priorità per interventi chirurgici tumore al polmone	1	1	Mantenimento	5	100% per tutti i campi nell' ambito dei casi in cui è richiesto	5	😊
Degenza media preoperatoria	1,26 Mediana S. Anna Anno 2012 = 0,94	1,96	1,14 Obiettivo regionale	10	1,69 obiettivo parz. Raggiunto in considerazione del miglioramento rispetto Anno 2013	7,5	😐
Dimissioni con DRG Chirurgici	92%	90%	Mantenimento	5	89%	5	😊
Totale punti						32,5	



Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013

Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Chirurgia Vascolare							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	8,7	8,81	8	5	9,16	0	☹
Peso Medio	1,84	1,9	Mantenimento	2,5	1,98	2,5	☺
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 10,95 %(46/420) BC 1,43 % (6/420)	LEA 7,66 %(20/261) BC 1,56 % (6/384)	LEA 5% BC Mantenimento	5	LEA 4,67%(19/407) BC 0,2 % (1/497)	5	☺
Degenza media preoperatoria	2,02	2,67	1,14 Obiettivo regionale	10	1,81 Parz Raggiunto in considerazione del miglioramento	7,5	☹
DGR 1222/2011 Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni ad alto rischio di inappropriately	Drg 119 =90 casi Prestazioni ex Pac Chir = 0	Drg 119 =60 casi Prestazioni ex Pac Chir = 0	almeno il 90% degli inlerventi effettuati in regime di ricovero devono essere effettuati in amb.	5	Drg 119 =3 casi Prestazioni ex Pac Chir = 0	0	☹
Dimissioni con DRG Chirurgici	0,76	0,82	0,85	2,5	0,8793	2,5	☺
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	43 pari al 10,89% - Mediana S.Anna Anno 2012 =4,48%	33 pari al 11,83% - Mediana S.Anna 4,48%	Mantenimento	5	27 casi pari al 7,03%	5	☺
Totale punti						22,5	

S.C. Oculistica							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza media preoperatoria	0,45	0,56	Mantenimento	15	0,91	15	☺
Dimissioni con DRG Chirurgici	0,96	0,96	Mantenimento	15	0,9938	15	☺
Totale punti						30	

S.C. Otorinolaringoiatria							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	4,08	3,94	Mantenimento	5	3,91	5	☺
Peso Medio	0,95	0,95	maggiore di 1,05	10	0,99	7,5	☹
Degenza media preoperatoria	0,88	0,9	Mantenimento	5	0,77	5	☺
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 35,88%(216/602) BC 8,29%(88/1062)	LEA 40,37%(176/436) BC 4,82%(32/664)	LEA< 5% BC< 2%	5	LEA 26,87%(162/603) BC 6,87%(69/1004)	3,75	☹
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	17 casi pari al 28,81% Mediana S.Anna Anno 2012 =15,8%	18 casi pari al 36%	0,158	5	18 casi pari al 29%	3,75	☹
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	9 casi pari all'1,54% Mediana S.Anna Anno 2012 =4,48%	6 casi pari al 1,45%	Mantenimento	5	7 casi pari all'1,20%	5	☺
Totale punti						30	

Obiettivo operativo: Miglioramento performance aziendale rispetto a valutazioni Anno 2013
 Indicatore: Raggiungimento indicatori di attività monitorati

S.C. Centro di Controllo Direzionale

S.C. Neurologia (Neurologia Sestri)							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	8,1	7,9	Mantenimento	5	7,66	5	😊
Peso Medio	0,98	0,95	Maggiore di 1	5	0,92	0	😞
Riconversione Lea e Bassa Complessità		LEA 19,4 % (118/608) BC 1,27% (9/707)	LEA < 5 BC <2	5	LEA 27 % (183/696) BC 0,97% (9/925)	3,75	😐
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	8,90% pari a 68/764 Mediana S.Anna Anno 2012 =15,8%	8,91% pari a 54/606	Mantenimento	5	10,79% pari a 72/667	5	😊
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	1,83% pari a 14/764 Mediana S Anna Anno 2012=3,89	1,32% pari a 8/606	Mantenimento	5	2,16% pari a 9/416	5	😊
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	16 pari al 2,23 - Mediana S.Anna 4,48%	9 pari al 1,53%	Mantenimento	5	13 pari all'1,95%	5	😊
Totale punti						23,75	

S.C. Neurologia (Neurologia Villa Scassi)							
Indicatore	Monitoraggio al 31/12/2012	Monitoraggio al 30/09/2013	Obiettivo Atteso Anno 2014	Punti	Monitoraggio Anno 2014	Punti Consuntivo	
Degenza Media	9	8,97	7,9	5	10,88	0	😞
Peso Medio	1,14	1,12	Mantenimento	5	1,11	5	😊
Riconversione Lea e Bassa Complessità	LEA 7,45% (41/550) BC 0,36% (2/550)	LEA 8,72 % (38/436) BC 1,1% (5/436)	LEA < 5 BC <2	5	LEA 10,19 % (55/540) BC 0,74% (4/540)	3,75	😐
DRG Medici con degenza <= 2 gg.	3,11% pari a 17/546 Mediana S.Anna Anno 2012 =15,8%	6% pari a 28/433	Mantenimento	5	3,14 pari a 15/477	5	😊
Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >=65 anni	1,47% pari a 8/546 Mediana S Anna Anno 2012=3,89	0,23% pari a 1/433	Mantenimento	5	4,34 pari a 17/392 da intendersi parz. Raggiunto in quanto in linea con obiettivo S Anna	0	😞
Ricoveri Ripetuti entro 30 gg. stessa MDC	Neurologia 38 pari al 7,34% - Centro Ictus 14 pari al 5,26% - Mediana S.Anna 4,48%	Neurologia 18 pari al 4,37% - Centro Ictus 11 pari al 5,45%	0,0448	5	Neurologia 20 pari al 4,15% - Centro Ictus 4 pari all'1,89%	5	😊
Totale punti						18,75	

Relazione Performance Anno 2014
Allegato 3) Modello LA anno 2014

Azienda	Anno	Cod. liv.	Descrizione	Consumi e mand. di esercizio sanitari	Consumi e mand. 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 amministrativo	Sopravvenienze - Inesistite	Altri costi	Totale
003	2014	10100	Igiene e sanità pubblica	7	19	485	28	506	1800	8	288	363	85	118	3724
003	2014	10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	5	30	5	21	452	2652	10	133	530	74	22	3988
003	2014	10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	0	50	5	34	609	2304	92	148	446	133	21	4630
003	2014	10400	Sanità pubblica veterinaria	6	39	5	63	609	2304	10	424	471	75	22	4182
003	2014	10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	3515	56	1778	102	1839	7255	27	587	836	382	57	16922
003	2014	10600	Servizio medico legale	1	30	1087	1379	1135	833	7	283	960	91	14	5920
003	2014	19999	Totale	3534	224	3386	1627	5123	17117	154	1873	3665	840	109	38766
003	2014	20100	Guardia medica	9	16	4360	2	160	4360	2	0	0	23	0	4570
003	2014	20201	Medicina generica	655	137	52968	3087	2239	2315	17	397	1491	185	35	63723
003	2014	20202	Pediatria di libera scelta	0	0	10637	0	17	0	0	0	0	0	0	10637
003	2014	20300	Emergenza sanitaria territoriale	0	0	5153	0	17	0	0	0	0	0	0	5170
003	2014	20401	Ass. farmaceutica terr. convenzionata	1	39	108408	0	369	828	5	98	355	82	9	110256
003	2014	20402	Altre forme di erogazione assistenza farmaceutica	29518	33	4395	892	1029	1098	7	717	537	185	16	386336
003	2014	20500	Assistenza Integrativa	3867	0	0	0	3917	0	0	0	0	0	0	7804
003	2014	20601	Ass. specialistica - Att. clinica	7698	496	31434	113	16419	38491	160	5639	7272	2644	346	115131
003	2014	20602	Ass. specialistica - Laboratorio	3614	24	12661	0	1297	3400	12	302	446	28	190	22093
003	2014	20603	Ass. specialistica - Diagn. strumentale e per immagini	624	105	28820	0	3480	7639	28	887	803	1013	62	43684
003	2014	20700	Assistenza Profetica	0	0	16752	0	0	0	0	0	0	0	0	16752
003	2014	20801	Assistenza programmata a domicilio (ADI)	500	109	0	1623	1212	7019	31	1902	458	164	64	13425
003	2014	20802	Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	16	48	1821	63	1592	6390	26	690	1030	372	55	12493
003	2014	20803	Assistenza terr. psichiatrica	1041	80	57	40	1945	11936	48	1825	1228	357	99	19376
003	2014	20804	Assistenza terr. riabilitativa ai disabili	59	23	9594	0	575	1611	8	313	501	190	16	13006
003	2014	20805	Assistenza terr. ai tossicodipendenti	541	46	46	10	1510	6623	27	1204	690	240	56	11405
003	2014	20806	Assistenza terr. agli anziani	3	8	34	0	204	1369	6	137	157	41	11	2050
003	2014	20807	Assistenza terr. ai malati terminali	51	7	1008	3	197	947	3	44	51	36	7	2404
003	2014	20808	Assistenza terr. a persone affette da HIV	0	0	2261	0	0	0	0	0	0	0	0	2261
003	2014	20901	Assistenza semires. psichiatrica	1	24	233	0	546	1193	6	483	93	109	12	2785
003	2014	20902	Assistenza semires. riabilitativa ai disabili	0	9	9704	0	200	240	1	80	18	74	2	10345
003	2014	20903	Assistenza semires. agli anziani	0	0	463	0	0	0	0	0	0	0	0	463
003	2014	20904	Assistenza semires. psichiatrica	0	0	1942	0	1772	3075	17	1831	280	384	35	1942
003	2014	21001	Assistenza resid. psichiatrica	127	324	14417	0	217	486	3	526	53	48	7	26287
003	2014	21002	Assistenza resid. riabilitativa ai disabili	23	39	24832	0	4518	0	0	0	0	0	0	4518
003	2014	21003	Assistenza resid. ai tossicodipendenti	221	164	46677	0	1986	3214	16	1933	262	385	37	51156
003	2014	21006	Assistenza resid. ai malati terminali	176	0	0	2122	126	0	0	0	0	39	0	2463
003	2014	21100	Assistenza lutto/male	0	0	842	0	0	0	0	0	0	0	0	842
003	2014	29999	Totale	48765	1731	400174	7853	39112	97876	421	18810	15722	6700	897	644288
003	2014	30100	Attività di pronto soccorso	321	21	145	78	558	2126	6	459	151	82	19	4197
003	2014	30201	Ass. ospedaliera per acuti Day Hospital e Day Surgery	6238	129	37947	697	3425	10817	40	1454	802	573	91	62819
003	2014	30202	Ass. ospedaliera per acuti degenza ordinaria	11693	576	186336	6230	14666	52333	195	7641	3710	2308	456	289631
003	2014	30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
003	2014	30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	894	276	33280	295	3228	9327	36	2092	681	635	83	51386
003	2014	30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	669	32	8	0	456	1902	7	156	143	84	16	3573
003	2014	30700	Trapianto organi e tessuti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
003	2014	39999	Totale	19915	1034	257716	7280	22433	77105	266	12002	5487	3682	664	411906
003	2014	49999	Totale	72114	2989	867255	16770	66663	192098	861	32685	24874	11222	17710	1084960

**Documento di Validazione della Relazione sulla Performance
Aziendale Anno 2014**

Il Nucleo di Valutazione della A.S.L. 3 Genovese, 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 2014, di cui alla nota a firma del Direttore Generale n. 68207 del 28.05.2014;


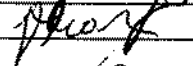
Il Nucleo di Valutazione della A.S.L. 3 Genovese, riscontrato che la relazione riporta:

- ❖ 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 2014 e dal coincidente Piano della Performance Anno 2014;
- ❖ 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 2014.

Dottore Gaddo Flego
Professore Giancarlo Icardi


Dottore Alberto Osenda

Genova, 23.6.2015 Prot. N 800 39