



Ospedale ad alta specializzazione e di rilievo nazionale
per la salute della donna e del bambino

**DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE
N. 45 DEL 16/04/2018**

OGGETTO: Assegnazione del budget 2018 ai centri di attività aziendali e del budget di risorsa 2018

**Sottoscritto dal Direttore Generale
Dott. Gianluigi Scannapieco**

nominato con Decreto del Presidente della Regione n. 90/Pres. dd. 8 maggio 2015 e
incaricato con contratto n. 713/AP dd. 11 maggio 2015, con decorrenza 18.5.2015

Su proposta della S.S.D. Programmazione e Controllo,

preso atto che sul presente decreto sono stati espressi i pareri favorevoli sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile da parte dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici;

profilo della legittimità, regolarità amministrativa e tecnica		profilo della regolarità contabile
RESPONSABILE DELLA S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	RESPONSABILE DELLA S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA
dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i> data 09 aprile 2018	dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i> data 09 aprile 2018	dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i> data 10 aprile 2018

ed acquisiti i pareri favorevoli di competenza dal

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL DIRETTORE SANITARIO
dott. Stefano Dorbolò <i>atto firmato digitalmente</i> data 13 aprile 2018 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 55 del 18.06.2015	prof. Fabio Barbone <i>atto firmato digitalmente</i> data 16 aprile 2018 nominato con Decreto del Ministero della Salute di data 9/05/2016, Decreto del Direttore Generale n. 56 del 1/06/2016	dott.ssa Adele Maggiore <i>atto firmato digitalmente</i> data 16 aprile 2018 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 54 del 18.06.2015

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamato il proprio regolamento relativo al processo di programmazione e budget, approvato con decreto del Direttore Generale n. 32 dd. 5/4/2016;

Considerato che le progettualità aziendali così come individuate dalla DGR 2667/2017 e declinate nella proposta di PAO 2018 sono state adottate con proprio decreto n. 16 dd 1/3/2018 avente ad oggetto la "Programmazione Preliminare 2018 IRCCS Burlo Garofolo", al fine di avviare il percorso di budget, secondo le tempistiche coerenti con il proprio regolamento di budget;

Richiamate le linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018, approvate in via definitiva con la DGR n. 185/2018 e DGR 725/2018;

Visto il proprio decreto n. 34 dd. 30/03/2018 con il quale è stato adottato il Piano Attuativo Ospedaliero - PAO 2018, che comprende il bilancio preventivo 2018, redatto garantendo il rispetto dei vincoli operativi previsti dalle succitate DGR;

Ritenuto di individuare i centri di attività e di risorsa aziendali, così come elencati nell'allegato 1 (**All. 1**), facente parte integrante del presente provvedimento;

Preso atto che nel corso delle negoziazioni intervenute fra i responsabili dei centri di attività e la Direzione Strategica, sono stati assegnati gli obiettivi, tenendo conto delle osservazioni rilevate dai singoli responsabili di struttura, per ciascuna delle linee di attività programmate per l'anno 2018, ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e della produttività collettiva per il personale di comparto;

Ritenuto, pertanto, di procedere alla formale approvazione dei predetti obiettivi, così come inviati ai responsabili a seguito degli incontri di negoziazione, sottoscritti dai responsabili dei Centri di attività aziendali come da documentazione agli atti presso la SSD Programmazione e controllo, e riportati nella schede allegate al presente provvedimento quale sua parte integrante (**All. 2**);

Ritenuto di procedere all'assegnazione dei budget di risorsa, secondo i centri individuati all'allegato 1 e per le voci e gli importi dettagliatamente indicati nell'allegato prospetto facente parte integrante del presente provvedimento (**All. 3**);

Verificato che i contenuti del presente provvedimento sono soggetti agli obblighi di trasparenza così come previsto dall'art. 10 c.8 del D.lgs n. 33/2013;

Riscontrato che sul presente decreto sono stati espressi, sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile, i pareri favorevoli dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Scientifico e del Direttore Sanitario,

DECRETA

per i motivi e le considerazioni indicati in premessa:

1. di individuare i centri di attività e di risorsa aziendali per l'esercizio 2018 , così come elencati nell'allegato 1 (**All. 1**), facente parte integrante del presente provvedimento;
2. di procedere alla formale approvazione degli obiettivi di attività assegnati ai centri di attività aziendali individuati per l'anno 2018 , così come riportati nella tabella riepilogativa allegata al presente provvedimento (**All. 2**);
3. di assegnare il budget di risorsa secondo i centri individuati all'allegato 1 e per le voci e gli importi dettagliatamente indicati nell'allegato prospetto facente parte del presente provvedimento (**All. 3**);
4. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance", così come previsto dalla normativa vigente in materia di trasparenza (d.Lgs n. 33).

L'onere relativo al presente provvedimento rientra nei fondi contrattuali dell'esercizio 2018 attribuiti al budget di risorsa "SSD Politiche del Personale" e viene imputato al Bilancio d'esercizio nei ruoli del personale:

- al sottomastro 100, conto 30 "*indennità di risultato*" dirigenza medica e veterinaria, universitaria, e non medica;
- al sottomastro 300 "*indennità di risultato*" dei rispettivi ruoli della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa;
- al sottomastro 400 "*retribuzione per produttività personale*" dei rispettivi ruoli del comparto;
- al conto 400.100 "*IRAP relativa al personale dipendente*".

Gli oneri sociali saranno rilevati ai singoli conti di appartenenza dei singoli ruoli.

Il presente provvedimento diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. n. 21/1992 come sostituito dall'art. 50 della L.R. n. 49/1996, alla data di esecuzione all'Albo dell'Ente.

Allegati:

- All. 1 - Elenco dei centri di attività e di risorsa aziendali per l'anno 2018
- All. 2 - Obiettivi di attività 2018
- All. 3 --Budget di risorsa 2018 assegnato ai centri di risorsa aziendali.

Il presente provvedimento diviene esecutivo ex art. 50 della L.R. n. 49/1996, alla data di affissione all'Albo dell'Ente.

DIRETTORE GENERALE
dott. Gianluigi Scannapieco <i>atto firmato digitalmente</i>

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL DIRETTORE SANITARIO
dott. Stefano Dorbolò <i>atto firmato digitalmente</i> data 13 aprile 2018	prof. Fabio Barbone <i>atto firmato digitalmente</i> data 16 aprile 2018	dott.ssa Adele Maggiore <i>atto firmato digitalmente</i> data 16 aprile 2018

Elenco allegati: 1. BUDGET 2018 COMPLETO 12 04
--

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIANLUIGI SCANNAPIECO

CODICE FISCALE: SCNGLG57M16L049L

DATA FIRMA: 16/04/2018 17:11:06

IMPRONTA: A991D573E4B3197A7F9AFC7733DA63BE84B28EC1C4C2CF0C75D73251980FA2CF
84B28EC1C4C2CF0C75D73251980FA2CFCAE0C0267B31307D03730185B8E103E2
CAE0C0267B31307D03730185B8E103E21A10D61118094A72A541F4B6120963CF
1A10D61118094A72A541F4B6120963CFD76CCD09F33D8DE0943EDBA19C69EB57

Allegato 1

Elenco dei centri di attività e di risorsa aziendali per l'anno 2018

ELENCO CENTRI di ATTIVITA' PER L'ANNO 2018

Dipartimento Struttura

Direzione Generale

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)
 S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
 UFFICIO FORMAZIONE
 SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (SPPA)

Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
 S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA
 S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI
 S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE
 S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE

Direzione Sanitaria

S.S.D. FARMACIA
 S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE
 S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
 DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE E VALORIZZAZIONE DELLA QUALITA'
 DIR. SAN. UFF. PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
 DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
 DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CUP
 PIATTAFORMA OSTETRICA
 PIATTAFORMA INFERMIERISTICA EMERGENZA-URGENZA
 PIATTAFORMA INFERMIERISTA DEGENZA E AMBULATORIALE
 PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dipartimento di Pediatria

S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA
 S.C. ONCOEMATOLOGIA
 S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
 S.C. PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

Dipartimento di Chirurgia

S.C. OCULISTICA
 S.S.D. ODONTOSTOMATOLOGIA
 S.C. CHIRURGIA
 S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA
 S.C. ORTOPEZIA E TRAUMATOLOGIA

Dipartimento Materno – Neonatale e delle Terapie Intensive

S.C. NEONATOLOGIA
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE
S.C. GENETICA MEDICA
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI

ELENCO CENTRI di RISORSA PER L'ANNO 2018

Dipartimento

Struttura

Direzione Generale

UFFICIO FORMAZIONE

Direzione Sanitaria

DIREZIONE SANITARIA

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI
S. S. D. POLITICHE DEL PERSONALE
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE

Allegato 2

Obiettivi di attività 2018

Indice

Allegato 2: Obiettivi di attività 2018

	pag.
Direzione Generale	
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)	1
S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3
UFFICIO FORMAZIONE	6
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (SPPA)	9
Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa	
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	11
S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA	13
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	15
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	20
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	22
Direzione Sanitaria	
S.S.D. FARMACIA	24
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	26
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	29
DIR. SAN. UFF. PER LA GEST. E VALORIZZAZIONE DELLA QUALITA'	33
DIR. SAN. UFF. PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	35
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	38
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANIT. E CUP	42
PIATTAFORMA OSTETRICA	44
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA EMERGENZA-URGENZA	49
PIATTAFORMA INFERMIERISTA DEGENZA E AMBULATORIALE	52
PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO	56
Direzione Scientifica	
DIREZIONE SCIENTIFICA	59
Dipartimento di Pediatria	
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA	61
S.C. ONCOEMATOLOGIA	65
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	68
S.C. PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	72
Dipartimento di Chirurgia	
S.C. OCULISTICA	75
S.S.D ODONTOSTOMATOLOGIA	78
S.C. CHIRURGIA	82
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	86
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	90

Dipartimento Materno - Neonatale e delle Terapie Intensive

S.C. NEONATOLOGIA	93
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	96
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCRAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	99
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	101
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	103
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	106

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZ.	110
S.C. GENETICA MEDICA	112
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA	114
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZ.	117
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	119

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione (URP)

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	C		10	Il personale ha partecipato alle attivita' del gruppo di lavoro.		
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	C		10	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 . 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	C		10	Compilazione dello strumento di risk assesment per la valutazione delle criticita' in base ai parametri di probabilita' e danno, che forniscono l'indice di rischio, relativamente a tutti i processi primari.		ENTRO IL 30/11/2018
	10.85	Risposta ai reclami entro 30 giorni .	SI	C		10	Risposta ai reclami entro 30 giorni per almeno 80% dei casi.		SI
	10.86	Implementazione attivita' di mediazione culturale.	SI	C		10	- Partecipazione e gestione a iniziative di aggiornamento per il personale; - Rivisitazione delle procedure; - Monitoraggio periodico dei costi.		almeno 1 evento formativo.
	10.88	Rapporti con le Associazioni di Volontariato.	SI	C		10	Adozione e diffusione del nuovo regolamento e successivi adempimenti.		SI
3.2.1	13.2	Veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	SI	C		5	Evidenza delle azioni di promozione delle vaccinazioni e dei corretti stili di vita, anche in collaborazione con la rete HPH		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione (URP)

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.1	15.1	Identificare lo studio di un modello di comunicazione per l'ambito materno-infantile per ottimizzare l'efficacia di interventi di educazione e promozione della salute in collaborazione con la DCS.	SI	C		10	Modello predisposto		SI
	15.23	Attivita' di comunicazione integrata.	SI	C		10	Pianificazione e gestione iniziative multi-canale in/off line (video, forum, materiale informativo). Breve relazione sull'attivita' svolta.		SI
	15.24	Attivita' prevista dal progetto "Strategie innovative di comunicazione per la valorizzazione del brand Burlo in comunicazione con l'Universita' Bocconi e SISSA.	SI	C		15	Diffusione degli esiti. Coordinamento dell'evento comunicativo Breve relazione sull'attivita' svolta.		SI
3.29		RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	E			2. Materiale informativo diffuso attraverso il sito web aziendale e distribuito nei punti di attesa.		SI
Totale pesi:						100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	E	10	10	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 . 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	E	10	10	Compilazione dello strumento di risk assesment per la valutazione delle criticita' in base ai parametri di probabilita' e danno, che forniscono l'indice di rischio, relativamente a tutti i processi primari.		ENTRO IL 30/11/2018
3.6.4	10.36	Individuare gli interventi chirurgici pediatrici che devono essere assicurati dall'IRCCS "Burlo Garofolo" attraverso: - La centralizzazione presso la sede ospedaliera dell'istituto; - La circolazione in piu' sedi di un'equipe chirurgica ed anestesiologicala dell'istituto.	SI	E	5	5	Interventi chirurgici individuati, relazione dell'attivita' svolta.		SI-ENTRO IL 31/12/2018
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	SI	E	10	10	Predisposizione ed invio del report sulla completezza del registro operatorio a tutte le strutture chirurgiche.		SI
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	E	10	10	- Coordinare le attivita' collegate al progetto formativo - Monitoraggio finale relativo all'applicazione della proposta di riorganizzazione del percorso pre operatorio.		
3.1.9	10.56	RETE PEDIATRICA: Collaborare alla formalizzazione del documento Rete Pediatrica Regionale.	SI	E	10	10	-Attuazione del modello di governance della Rete inviato alla DCS. - Partecipazione alle attivita'		SI-ENTRO IL 31/12/2018

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	11.3	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: - Definizione, analisi, attribuzione quali-quantitativa della dotazione organica. - Identificazione di un modello di rilevazione di Costi e revisione del centro di costo.	SI	E	10	10	- Revisione de piano dei centri di responsabilita' e di costo - coerente con il nuovo atto aziendale e dell'applicazione delle piattaforme		
3.3.3	13.19	ODONTOIATRIA SOCIALE: Rispettare quanto previsto nella convenzione con ASUITs anche in relazione all'attivita' di reportistica richiesta.	SI	E	5	5	Reportistica inviata.		SI
3.4	14.5	FLUSSI INFORMATIVI: Provvedere alla verifica dei dati trasmessi.	SI	E	10	10	-Verifiche sulla correttezza del dato attraverso i sistemi resi disponibili dal portale con periodicit� mensile per la parte di competenza ed eventuale segnalazione ad EGAS; - Coordinare le attivita' collegate ai flussi informativi.		SI
4.	14.6	SDO: 1. La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%.	SI	E	5	5	Collaborare all'attivita' di controllo delle SDO archiviate.		SI
	15.19	Garantire il passaggio da Iteatti al sistema di Gifra (gestione integrata flussi e registrazione atti)	SI	E	5	5	Evidenza del passaggio tra i sistemi - certificazione del responsabile.		SI' ENTRO IL 30/6/2018
	15.21	Migliorare la contabilita' analitica relativa alla ricerca corrente e finalizzata.	SI	E	10	10	Predisposizione di un modello di report da utilizzare periodicamente.		SI
	15.11	Partecipare alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative.	NO	E			Partecipazione alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative secondo quanto previsto dalla programmazione regionale.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
					Totale pesi:	100	100		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	C		5	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 . 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	C		10	1. Compilazione dello strumento di risk assesment per la valutazione delle criticita' in base ai parametri di probabilita' e danno, che forniscono l'indice di rischio, relativamente a tutti i processi primari. 2. Inserimento nel manuale di un capitolo/allegato relativo alla descrizione della progettazione.		1. e 2. ENTRO IL 30/11/2018
3.3.2	8.5	Partecipazione al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	SI	C		5	Supporto all'Ufficio per la Gestione e la Valorizzazione della Qualita' nelle verifiche ispettive interne per la verifica della conformita' ai requisiti dei programmi di certificazione e accreditamento dell'IRCCS.		SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	C		10	Avviata un' attivita' di formazione relativa alle Rete Pediatrica Regionale.		1 ATTIVITA' AVVIATA
	10.74	Garantire il miglioramento del flusso di attivita' propedeutiche all'evento formativo.	SI	C		10	Elaborare una check list di controllo delle attivita' da garantire prima dell'evento.		si
	10.75	Garantire le attivita' di segreteria organizzativa finalizzata alla chiusura dei corsi.	SI	C		10	Elaborare una check list di controllo delle attivita' da garantire per la chiusura dell'evento.		si
	10.76	Aggiornare i Db di monitoraggio delle partecipazioni ai corsi obbligatori frequentati dal personale dell'IRCCS.	SI	C		10	I Db di monitoraggio delle partecipazioni ai corsi obbligatori frequentati dal personale dell'IRCCS sono aggiornati.		si

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	10.77	Registrare le criticita' (NC) nei flussi di lavoro della segreteria organizzativa.	SI	C		10	Registrazione delle criticita' (NC) nei flussi di lavoro della segreteria organizzativa.		si
	10.78	Verificare e registrare quotidianamente l'adeguatezza logistica delle aule didattiche e delle dotazioni tecnologiche.	SI	C		5	Verifica e registrazione quotidiana dell'adeguatezza logistica delle aule didattiche e delle dotazioni tecnologiche.		si
	10.92	Rinnovare l'accREDITamento del provider ECM.	SI	C		10	Ottenimento dell' accREDITamento almeno con riserva del provider ECM.		ENTRO IL 31/05/2018
	11.5	Sviluppo dell'area formazione.	SI	C		10	Evidenza di sviluppo.		SI
	15.19	Garantire il passaggio da Iteatti al sistema di Gifra (gestione integrata flussi e registrazione atti)	SI	C		5	Evidenza del passaggio tra i sistemi - certificazione del responsabile.		SI' ENTRO IL 30/6/2018
	3.22	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Implementare e diffondere le LLGG sulle infezioni pediatriche elaborate dal gruppo regionale.	NO	C			Organizzazione di almeno un evento formativo sulle linee di indirizzo terapeutico e sulle infezioni in pediatria del documento per gli operatori sanitari delle aree pediatriche.		>=1
	4.2	Collaborare alla realizzazione di progetti formativi nell'ambito materno infantile	NO	C			Almeno 2 progetti formativi effettuati.		>=2 progetti
3.2.12	8.1	Realizzare 2 corsi accREDITati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualita' delle segnalazioni di malattia professionale.	NO	C			2 corsi accREDITati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio formazione

**Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.17	10.18	Partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	NO	C			Completamento dell'organizzazione in accordo con la DCS dei corsi di formazione.		
3.3.6	10.19	Gestione integrata del diabete: - Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; - Organizzazione dei team ospedalieri.	NO	C			Organizzare almeno 1 evento formativo per la presentazione dei report sui dati di attivita' 2017-2018 riguardanti l'area pediatrica e quella ostetrica.		almeno 1 evento formativo.
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.15	3.5	Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori.	SI	C		5	-Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - organizzare un' iniziativa formativa/informativa		
	3.26	RISCHIO CLINICO: prevenzione controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Garantire la corretta gestione di un evento epidemico in collaborazione con il territorio.	SI	C		10	Simulazione realizzata e eventuali criticita' individuate.		SI
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	C		20	Il personale ha partecipato alle attivita' del gruppo di lavoro.		SI
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	SI	C		10	Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento		SI
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	C		10	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 . 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	C		10	1. Compilazione dello strumento di risk assesment per la valutazione delle criticita' in base ai parametri di probabilita' e danno, che forniscono l'indice di rischio, relativamente a tutti i processi primari. 2. Pianificazione della formazione su movimentazione carichi.		1. e 2. ENTRO IL 30/11/2018

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.1.3	10.3	Completare l'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza.	SI	C		10	Documento condiviso da tutte le Aziende della regione che indichi le modalita' piu' adeguate per il trasporto pediatrico.		SI
3.1.4	10.4	Proseguire l'attuazione dell'organizzazione prevista dal Piano della Medicina di Laboratorio.	SI	C		10	1. Definizione del modello di integrazione delle attivita' di laboratorio con ASUITS ed AAS2; 2. Definizione di nuove procedure		
	10.84	Gestire i rifiuti secondo la normativa vigente.	SI	C		10	Coordinamento della corretta gestione dei rifiuti-relazione sull'attivita' svolta.		SI
3.2.13	14.3	Sviluppare sistemi informativi rivolti alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie.	SI	C		5	Studio di fattibilita' e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08		
Totale pesi:						100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott. Stefano Dorbolo'

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.32	Mappare la situazione assicurativa per le polizze colpa grave	SI	E	10	10	1) Creazione di un database sulle autocertificazioni rese dagli esercenti professioni sanitarie 2) Verifica delle autocertificazioni 3) Rilevazione del differenziale tra personale operante nell'IRCCS e personale assicurato		1) Si/No; 2) > 90%; 3) Report al 31/05/2018, al 30/09/2018, al 30/11/2018
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	E	10	10	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 (2 processi) 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
	7.5	PRIVACY: coadiuvare applicazione nuovo GDPR e semplificare la modulistica per i cittadini.	SI	E	10	10	- Collaborazione per lo snellimento del processo e supporto allo sviluppo del FSE in base alle indicazioni regionali; - Attuazione del Regolamento Europeo per quanto di competenza.		
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	E	10	10	Compilazione dello strumento di risk assesment per la valutazione delle criticita' in base ai parametri di probabilita' e danno, che forniscono l'indice di rischio, relativamente a tutti i processi primari.		ENTRO IL 30/11/2018
3.1.7	10.8	Adeguare l'atto aziendale sulle basi delle strategie aziendali e delle novita' a livello regionale e nazionale.	SI	E	5	5	Atto aziendale adeguato nel rispetto della programmazione regionale.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott. Stefano Dorbolo'

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	E	15	15	1. Collaborazione all'attuazione della Rete Pediatrica cosi' come prevista dalla DGR 730 dd 21/3/2018 - evidenza di collaborazione; 2. Convenzioni stipulate per garantire la guardia medica pediatrica assicurata H24, qualora le condizioni organizzative dell'IRCCS lo consentano (vedi linea PAO 3.6.4)		1.SI 2.SI
	10.82	Migliorare il percorso relativo all'adozione di decreti/determinazioni	SI	E	10	10	Procedura relativa al processo di adozione dei decreti / determinazioni formalizzata e coerente con il sistema informatico Adweb		SI ENTRO 30/9/2018
	12.10	Rispettare puntualmente le scadenze sui procedimenti/procedure/attivita' amministrative assegnate come competenza	SI	E	20	20	Le scadenze sono puntualmente rispettate		100% fatte salve oggettive e documentate impossibilita' approvate dalla Direzione
3.3.3	13.19	ODONTOIATRIA SOCIALE: Rispettare quanto previsto nella convenzione con ASUITs anche in relazione all'attivita' di reportistica richiesta.	SI	E	5	5	Reportistica inviata.		
	15.19	Garantire il passaggio da Iteratti al sistema di Gifra (gestione integrata flussi e registrazione atti)	SI	E	5	5	Evidenza del passaggio tra i sistemi - certificazione del responsabile		SI' ENTRO IL 30/6/2018
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Economico-Finanziaria

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
7.4		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	E	10	10	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia >=6 (3 processi). 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
8.3		Mantenere la Certificazione ISO.	SI	E	10	10	Compilazione dello strumento di risk assesment per la valutazione delle criticita' in base ai parametri di probabilita' e danno, che forniscono l'indice di rischio, relativamente a tutti i processi primari.		ENTRO IL 30/11/2018
12.10		Rispettare puntualmente le scadenze sui procedimenti/procedure/attivita' amministrative assegnate come competenza	SI	E	20	20	Le scadenze sono puntualmente rispettate		100% fatte salve oggettive e documentate impossibilita' approvate dalla Direzione
12.13		Applicare il nuovo regolamento sui conti giudiziari	SI	E	10	10	Predisposizione del documento di recepimento dei giudizi di conto		
14.9		Controllare la presenza dei codici AIC sulle fatture dei farmaci al fine di adempiere alla normativa vigente	SI	E	10	10	Invio al centro di risorsa competente del Report con l'evidenza delle fatture senza AIC.		
14.10		Collaborare con Insiel per garantire l'operativita' del nuovo sistema SIOPE + relativamente ai flussi di tesoreria	SI	E	10	10	Partecipazione agli incontri e supporto all'avvio del nuovo applicativo		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Economico-Finanziaria

**Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
15.11		Partecipare alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative.	SI	E	10	10	Partecipazione alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative secondo quanto previsto dalla programmazione regionale.		SI
15.19		Garantire il passaggio da Iteratti al sistema di Gifra (gestione integrata flussi e registrazione atti)	SI	E	10	10	Evidenza del passaggio tra i sistemi - certificazione del responsabile		SI' ENTRO IL 30/6/2018
16.1		Regolamentare le partite pregresse con ASUI TS	SI	E	10	10	Partecipazione agli incontri e trasmissione della documentazione richiesta		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
ing. Riccardo Zangrando

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
7.4		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	E	10	10	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 (2 processi e realizzazione delle misure già previste per i 3 processi con punteggio maggiore a 6) 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
7.5		PRIVACY: coadiuvare applicazione nuovo GDPR e semplificare la modulistica per i cittadini.	SI	E	10	10	- Collaborazione per lo snellimento del processo e supporto allo sviluppo del FSE in base alle indicazioni regionali; - Attuazione del Regolamento Europeo per quanto di competenza.		
8.3		Mantenere la Certificazione ISO.	SI	E	10	10	- Compilazione dello strumento di risk assesment per la valutazione delle criticita' in base ai parametri di probabilita' e danno, che forniscono l'indice di rischio, relativamente a tutti i processi primari. - Collaborare con la SSD Politiche del personale alla stesura del regolamento/procedura per la gestione degli interinali		ENTRO IL 30/11/2018
3.1.2	10.2	Supportare le attivita' dell' EGAS.	SI	E	20	20	- Rispetto dei termini e prescrizioni operativi assegnati dall'Egas a supporto dell'attivita' dell'ente. - Adesione alle indicazioni regionali ed alle richieste di EGAS.		
3.1.6	10.7	Attivare almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza.	SI	E	5	5	Sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza: attivata entro il 30 settembre 2018.		SI- ENTRO IL 30/09/2018

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
ing. Riccardo Zangrando

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	10.83	Aggiornare la procedura per la richiesta di attrezzature da parte delle strutture cliniche	SI	E	10	10	1. Progettazione del sistema di richieste; 2. Avvio del nuovo sistema		1. entro il 30/6/2018; 2. entro il 30/9/2018
	12.10	Rispettare puntualmente le scadenze sui procedimenti/procedure/attivita' amministrative assegnate come competenza	SI	E	20	20	Le scadenze sono puntualmente rispettate		100% fatte salve oggettive e documentate impossibilita' approvate dalla Direzione
	12.11	Inviare periodicamente alla Direzione la reportistica relativa all'attuazione del piano degli investimenti.	SI	E	10	10	Reportistica inviata alla Direzione Strategica		SI
	15.19	Garantire il passaggio da Iteratti al sistema di Gifra (gestione integrata flussi e registrazione atti)	SI	E	5	5	Evidenza del passaggio tra i sistemi - certificazione del responsabile		SI' ENTRO IL 30/6/2018
3.3.3	13.19	ODONTOIATRIA SOCIALE: Rispettare quanto previsto nella convenzione con ASUITs anche in relazione all'attivita' di reportistica richiesta.	NO	E			Reportistica inviata.		
	14.8	Garantire gli obblighi informativi e la qualita' dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	NO	E			- Inserimento di tutti i contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza. - Inserimento delle apparecchiature ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/4/2014 entro il trimestre successivo al quale e' avvenuto il collaudo.		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

**Responsabile:
ing. Riccardo Zangrando**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	14.9	Controllare la presenza dei codici AIC sulle fatture dei farmaci al fine di adempiere alla normativa vigente	NO	E			Le fatture per farmaci vengono liquidate solo in presenza di AIC		
5.	15.5	Consolidare, per quanto di competenza, i servizi online per il cittadino: - Potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini; - L'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente; - La consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile; - Lo Sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati; - L'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata; - Lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanita' digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuita' della cura; - L'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.	NO	E			Evidenza di partecipazione, per quanto di competenza, al consolidamento dei servizi online per il cittadino.		
5.	15.6	Attivita' di consolidamento e aggiornamento telefonico.	NO	E			- Evidenza di sostituzione della centrale telefonica con il passaggio delle linee telefoniche su tecnologia voip. - Infrastruttura virtuale su cui poggiano i servizi centrali dell'Istituto ampliata.		SI
5.1	15.7	Estensione sistema PACS a: - Settore dell'endoscopia digestiva; - Estensione al resto dell'endoscopia ambulatoriale; - Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale; - Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	NO	E			Evidenza di estensione del sistema PACS a: -settore dell'endoscopia digestiva. -estensione al resto dell'endoscopia ambulatoriale.		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

**Responsabile:
ing. Riccardo Zangrando**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
5.1	15.8	Referto multimediale: - Collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia; - Avvio della fase di implementazione della soluzione a livello regionale; - Estensione agli altri settori clinici in cui e' attivo il sistema PACS regionale.	NO	E			-Evidenza di Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale; -Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale; -Adesione alle indicazioni regionali.		
5.1	15.9	Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale	NO	E			Potenziamento delle funzionalita' elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.		
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	E			Supporto all'utilizzo della ricetta dematerializzata e della firma digitale. Report periodico di monitoraggio.		SI
	15.11	Partecipare alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative.	NO	E			Partecipazione alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative secondo quanto previsto dalla programmazione regionale.		SI
5.	15.12	Proseguire le attivita' del sistema informativo: - Sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo; - Sviluppare e migliorare gli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri; - Intervenire sull'intero sistema ICT del SSR; - Avviare la nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali; - Acquisire ulteriori licenze con completamento su tutte le aziende dell'implementazione del sistema per la gestione della farmacoterapia.	NO	E			Evidenza di partecipazione alle attivita'.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

**Responsabile:
ing. Riccardo Zangrando**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
4.	15.14	Obblighi Informativi e qualita' dei dati a fini amministrativi, epidemiologici e gestionali: 1. Monitoraggio Consumi dispositivi medici; 2. Grandi Apparecchiature.	NO	D			1. Evidenza di inserimento dei Contratti di acquisto dei dispositivi medici di cui si possiede il CIG entro il mese successivo al trimestre di competenza. 2. Evidenza di inserimento delle Apparecchiature e successive integrazioni entro il mese successivo al trimestre nel quale e' avventuto il collaudo dell'apparecchiatura.	1.	2. SI
5.	15.16	Intervenire sulle funzioni rivolte al sistema di gestione delle attivita' sanitaria in ambito ospedaliero.	NO	E			- Implementazione della cartella integrata clinico assistenziale presso il sito pilota avviata; - Integrazioni dei sistemi clinico-sanitari potenziati e estesi; - Sistema delle credenziali gestiti e sistema Single Sign on attivato; - Piattaforma per la gestione della ricerca clinica aggiudicata, avviata e implementata.		SI
5.	15.17	Potenziare l'infrastruttura per la Continuita' Operativa.	NO	E			- Reti geografiche e locali potenziate; - Data center aziendali razionalizzati.		SI
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott. Stefano Dorbolo'

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
7.4		Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	E	10	10	1 Aggiornamento e invio ad Agenas dell'elenco dei professionisti tenuti a compilare la dichiarazione pubblica di interessi e comunicazione agli interessati delle modalita' di compilazione della dichiarazione 2 Verifica in corso d'anno della effettiva dichiarazione via web ad AGENAS/ compilazione modulistica per dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario 3 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO IL 31/12/2018; 3 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
8.3		Mantenere la Certificazione ISO.	SI	E	10	10	1.Compilazione dello strumento di risk assesment per la valutazione delle criticita' in base ai parametri di probabilita' e danno, che forniscono l'indice di rischio, relativamente a tutti i processi primari. 2. Stesura di regolamento/procedura per gestione interinali.		1 e 2 ENTRO IL 30/11/2018
3.1.2	10.2	Supportare le attivita' dell' EGAS.	SI	E	20	20	Rispetto dei termini e prescrizioni operativi assegnati dall'Egas a supporto dell'attivta' dell'ente		
3.1.7	10.8	Adeguare l'atto aziendale sulle basi delle strategie aziendali e delle novita' a livello regionale e nazionale.	SI	E	5	5	- Atto aziendale adeguato nel rispetto della programmazione regionale. - Revisione del regolamento degli incarichi coerente al nuovo assetto previsto		SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	E	10	10	Collaborazione all'attuazione della Rete Pediatrica cosi' come prevista dalla DGR 730 dd 21/3/2018 - evidenza di collaborazione		
11.1		Applicare le disposizioni previste dai nuovi CCNL	SI	E	5	5	Stesura degli accordi integrativi aziendali per le diverse aree, in accordo con i nuovi CCNL		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

**Responsabile:
dott. Stefano Dorbolo'**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
11.2		Applicare la normativa relativa alla stabilizzazione del personale (D. lgs. 75/2017)	SI	E	10	10	Evidenza della conclusione dei procedimenti previsti dal D. lgs. 75/2017.		
12.10		Rispettare puntualmente le scadenze sui procedimenti/procedure/attivita' amministrative assegnate come competenza	SI	E	20	20	- Le scadenze sono puntualmente monitorate e rispettate - Implementazione di uno strumento informatico, se adottato		100% fatte salve oggettive e documentate impossibilit� approvate dalla Direzione
15.11		Partecipare alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative.	SI	E	5	5	Partecipazione alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative secondo quanto previsto dalla programmazione regionale.		SI
15.19		Garantire il passaggio da Iteratti al sistema di Gifra (gestione integrata flussi e registrazione atti)	SI	E	5	5	Evidenza del passaggio tra i sistemi - certificazione del responsabile		SI' ENTRO IL 30/6/2018
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale

Responsabile:
 ing. Massimiliano Liberale

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	E	10	10	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 . 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	E	10	10	Compilazione dello strumento di risk assesment per la valutazione delle criticita' in base ai parametri di probabilita' e danno, che forniscono l'indice di rischio, relativamente a tutti i processi primari.		ENTRO IL 30/11/2018
3.1.2	10.2	Supportare le attivita' dell' EGAS.	SI	E	20	20	- Rispetto dei termini e prescrizioni operativi assegnati dall'Egas a supporto dell'attivita' dell'ente. - Adesione alle indicazioni regionali ed alle richieste di EGAS.		
3.1.6	10.7	Attivare almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza.	SI	E	10	10	Sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza: attivata entro il 30 settembre 2018.		SI- ENTRO IL 30/09/2018
	12.10	Rispettare puntualmente le scadenze sui procedimenti/procedure/attivita' amministrative assegnate come competenza	SI	E	20	20	Le scadenze sono puntualmente rispettate		100% fatte salve oggettive e documentate impossibilita' approvate dalla Direzione

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale

**Responsabile:
ing. Massimiliano Liberale**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	12.11	Inviare periodicamente alla Direzione la reportistica relativa all'attuazione del piano degli investimenti.	SI	E	10	10	Reportistica inviata		SI
	15.11	Partecipare alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative.	SI	E	10	10	Partecipazione alla revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attivita' amministrative secondo quanto previsto dalla programmazione regionale.		SI
	15.19	Garantire il passaggio da Iteratti al sistema di Gifra (gestione integrata flussi e registrazione atti)	SI	E	10	10	Evidenza del passaggio tra i sistemi - certificazione del responsabile.		SI' ENTRO IL 30/6/2018
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	SI	D	10		1. 3 eventi formativi realizzati per estendere la formazione del personale aziendale sulla corretta conservazione, la prescrizione e somministrazione dei farmaci e sulle raccomandazioni ministeriali; 2. procedura relativa alle richieste di farmaci in urgenza revisionata e sorvegliata la corretta applicazione della procedura stessa;		1. >=3 2. SI
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		=2017
3.4	6.1	Implementare la procedura operativa riguardante i farmaci off label con il modello di rilevazione degli esiti clinici e relativo feed back ai prescrittori.	SI	D	10		Evidenza di applicazione della procedura/ relazione trimestrale trasmessa alla DS.		SI
3.4	6.2	Individuare specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata.	SI	D	5		Contenimento della spesa differenziato per Struttura per farmaci di nuovo inserimento in PTO all'interno di classi omogenee 1. Monitoraggio delle prescrizioni fuori PTO con richiesta personalizzata; 2. Invio un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate.		1. 2 PTO 2. 2 REPORT SEMESTRALI
3.4	6.3	Monitorare l'utilizzo dei farmaci biosimilari.	SI	D	5		Report semestrale inviato alla DCS sulle attivita' svolte		SI
3.4	6.4	Prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA:assicurare la registrazione di tutti i dati richiesti.	SI	D	10		Tutti i farmaci soggetti a registro vengono erogati solo dopo verifica da parte della SSD Farmacia del corretto inserimento.		SI
3.4	6.5	Attuareuna specifica progettualita' sui temi relativi alla farmacovigilanza	SI	D	10		Monitoraggio delle reazioni avverse con un focus sui farmaci in gravidanza. Evidenza di collaborazione con la DCS.Restano aperte le attivita' avviate su indicazione della DCS		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

**Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.6.3	6.7	Centralizzare presso l'IRCCS Burlo Garofolo la produzione dei farmaci galenici pediatrici.	SI	D	10		a. Definizione con la DCS del modello di centralizzazione delle produzione galenica; b. Produzione farmaci galenici centralizzata presso l'IRCCS Burlo Garofolo.		SI
3.4	6.8	Somministrare farmaci per la cura dell' Atrofia muscolare spinale - SMA.	SI	D	10		Supporto alla Direzione Sanitaria su il monitoraggio della procedura sul corretto uso del farmaco.		
3.4	6.9	Assicurare l'erogazione del primo ciclo di terapia in distribuzione diretta.	SI	D	5		1. Primo ciclo di terapia assicurato; 2. Evidenza di invio di due relazioni semestrali sull'attivita' svolta.		1. SI 2.>4
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	D	5		Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui.		ENTRO IL 30/11/2018
3.4	14.5	FLUSSI INFORMATIVI: Provvedere alla verifica dei dati trasmessi.	SI	D	5		Verifiche sulla correttezza del dato attraverso i sistemi resi disponibili dal portale con periodicit� mensile per la parte di competenza ed eventuale segnalazione ad EGAS.		SI
3.4	15.3	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM se gestiti da EGAS.		>=90%
3.4	15.13	Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive.	NO	D			I prescrittori vengono sensibilizzati all'utilizzo dell'applicativo, in particolare alla richiesta della prima dispensazione.		=o>50% delle prescrizioni

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

**Responsabile:
dott.ssa Rosa Maria Bortoluzzi f.f.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	E	5	5	Il personale ha partecipato alle attivita' del gruppo di lavoro.	SI	
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	E	10	10	Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza.	SI	
	9.6	Integrare le attivita' del Nido e della TIN per la presa in carico congiunta di madre e bambino	SI	E	10	10	Relazione sull'attivita' svolta		
3.2.16	10.17	Definire e formalizzare l'unita' di crisi aziendale in applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze.	SI	E	5	5	Partecipazione ai lavori per la predisposizione del documento in applicazione del Piano generale della formalizzazione dell'unita' di crisi aziendale e delle procedure conseguenti.		
3.2.17	10.18	Partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	E	10	10	80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.	SI	
3.5.7	10.23	Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica.	SI	E	10	10	Revisione e Attuazione del PDTA gia' condiviso con ASUITS nel 2014. Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attivita' secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto.		
	11.3	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: - Definizione, analisi, attribuzione quali-quantitativa della dotazione organica. - Identificazione di un modello di rilevazione di Costi e revisione del centro di costo.	SI	E	20	20	1. Aggiornamento dell'attribuzione del personale in dotazione, suddiviso per area di coordinamento, alla Piattaforma di riferimento. Documento di sintesi (Albero organizzativo) 2. Elaborazione scheda per l'analisi delle competenze (Portfolio) 3. Prima mappatura di competenze e portfolio: documento di sintesi dei lavori al 31.12.2018.	1.SI 2.SI 3.SI	

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
 dott.ssa Rosa Maria Bortoluzzi f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	11.4	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: valorizzazione ed integrazione delle funzioni di cura, assistenziali, abilitative e tecniche.	SI	E	20	20	1.Documento di individuazione delle principali linee assistenziali specifiche di ogni Piattaforma; (Mappatura funzioni e attivita' comuni ad ogni singola Piattaforma. 2. Individuazione azioni qualificanti.); 3. Lean Management/applicare la proposta riorganizzativa emersa durante il progetto formativo: organizzazione percorso preoperatorio.		1.entro 30/09/2018 2.entro 30/09/2018 3.SI
3.5.6	13.22	CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: 1. Definire i criteri di accesso; 2. Partecipare alle attivita' dei tavoli regionali. 3. Monitorare l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore sia in ambito pediatrico che ostetrico ginecologico.	SI	E	10	10	1. Entro il primo semestre 2018 il tavolo definisce i criteri di accesso alla rete delle cure palliative e inoltra una proposta operativa alla Direzione Centrale Salute; 2. Partecipazione ai tavoli Regionali; 3. Trasmissione dei Report alla Direzione Centrale Salute.		
3.6.2	3.11	EMERGENZA-URGENZA:Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti;	NO	E			Documenti revisionati.		
3.1.3	10.3	Completare l'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza.	NO	E			Partecipazione ai lavori per la predisposizione del Documento da tutte le Aziende della Regione che indichi le modalita' piu' adeguate per il trasporto pediatrico predisposto.		
3.3.8	10.20	Partecipare ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.	NO	E			Evidenza di partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica per quanto di competenza. Attuazione delle nuove modalita' di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.		
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	E			1. Evidenza di partecipazione.		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
 dott.ssa Rosa Maria Bortoluzzi f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	NO	E			Applicare la proposta riorganizzativa emersa durante il progetto formativo:organizzazione percorso pre operatorio.		
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	NO	D			Evidenza di partecipazione.		
3.2.1	13.2	Veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	NO	E			Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita.		
	15.22	Predisporre video divulgativi sulla attivita' sanitaria svolta, da caricare sul canale You Tube del Burlo Garofolo.	NO	E			Almeno due video/ documenti prodotti		>=2 video/documento
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.19		RISCHIO CLINICO: Corretta identificazione del paziente: verificare l'applicazione del braccialetto identificativo ai pazienti ricoverati in RO, DH, DS. OT e l'applicazione della procedura di identificazione attiva.	SI	E	5	5	1. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell'osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice; 2. Risultati delle verifiche alle strutture interessate restituiti.		80% 2. SI
3.21		RISCHIO CLINICO: 1. Sorveglianza attiva e prevenzione delle resistenze batteriche: a. Monitorare le resistenze batteriche; b. Monitorare i microorganismi sentinella e le infezioni fungine; c. Monitorare il consumo degli antibiotici. 2. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Implementare e diffondere le LLGG sulle infezioni pediatriche elaborate dal gruppo regionale; 3. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE": Valutare le performance degli operatori e dare feedback dei risultati.	SI	E	15	15	1.a. Report semestrale analizzato con CIO e diffuso alle strutture elaborate; 1.b. Report semestrale da valutare e condividere con gli operatori interessati elaborato; 1.c. Report regionale sul consumo di antibiotici e del registro delle resistenze batteriche diffuso. 2. Organizzazione di almeno un evento formativo sulle linee di indirizzo terapeutico e sulle infezioni in pediatria del documento per gli operatori sanitari delle aree pediatriche; 3. Risultati delle verifiche alle strutture interessate (direttori e coordinatore o loro sostituti) restituiti.		1.SI 2.>=1 3.SI
3.26		RISCHIO CLINICO: prevenzione controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Garantire la corretta gestione di un evento epidemico in collaborazione con il territorio.	SI	E	10	10	Simulazione realizzata e eventuali criticita' individuate.		SI
3.27		RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	E	10	10	- Il personale ha partecipato all'evento formativo; - Attuazione della procedura aziendale.		SI
3.28		RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	SI	E	5	5	Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.1.3	10.3	Completare l'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza.	SI	E	5	5	Documento condiviso da tutte le Aziende della regione che indichi le modalita' piu' adeguate per il trasporto pediatrico predisposto.		
	10.67	STRUMENTI A SUPPORTO: 1. Predisposizione di un depliant informativo rivolto ai frequentanti e reativo alla certificazioni mediche da presentare per la frequenza; 2. Predisposizione di un percorso per la trasmissione alla Sorveglianza sanitaria; 3. Predisposizione di un percorso per la trasmissione degli elenchi specializzandi.	SI	E	10	10	1. Depliant informativo predisposto e presentato; 2. Percorso per la trasmissione alla Sorveglianza sanitaria predisposto e relativo a: a. Autorizzazioni e autorizzati alla frequenza; b. Elenchi dei specializzandi di cui l'istituto e' sede della specialita'; c. Elenco degli iscritti al corso di laurea in ostetricia. 3. Elenchi dei specializzandi Trasmessi alla SC Ingegneria Clinica, acquisizione tecnologie, beni e servizi - Ufficio Servizio Informativo e PO Informatica e telefonia.		1.SI 2.a.b.c SI 3.SI
	10.84	Gestire i rifiuti secondo la normativa vigente.	SI	E	10	10	Coordinamento della corretta gestione dei rifiuti-relazione sull'attivita' svolta.		
	10.89	Coordinare la sorveglianza radioesposti.	SI	E	10	10	Report bimestrale sullo stato dell'arte.		SI
3.3.3	13.7	ODONTOIATRIA SOCIALE: Collaborare con ASUITS per l'attivazione/ rinforzo di un percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilita'.	SI	E	10	10	Protocollo dedicato ai pazienti con grave disabilita' provenienti da extra regione definito in collaborazione con ASUITS.		
4.	14.6	SDO: 1. La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%.	SI	E	10	10	1. Media SDO archiviate > 98% dei dimessi; 2.Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.> 98% 2.<3% 3.<10%
3.2.6	3.3	Prevenzione, cura e riabilitazione dei casi di dipendenza ed abuso in adolescenza.	NO	E			Attuazione del PDTA condiviso con ASUITS e definizione di specifici Programmi Integrati di Patologia.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.15	3.5	Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori.	NO	E			Assicurare la partecipazione ad un evento regionale (un' iniziativa formativa/informativa)		
	3.18	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Studio di incidenza delle infezioni in chirurgia: raccogliere ed elaborare i dati relativi alle ISC dopo - taglio cesareo, interventi ortopedici.	NO	E			Report annuale elaborato, valutato e condiviso con le strutture interessate.		SI
	3.31	RISCHIO CLINICO: Promozione della salute negli ospedali e servizi sanitari: attuazione della rete HPH e iniziative: 1. Partecipare agli incontri del comitato HPH regionale; 2. Attivare il comitato guida aziendale.	NO	E			1. il coordinatore locale o il suo sostituto ha partecipato agli incontri del Comitato HPH regionale; 2. entro il 30 novembre 2018 il comitato guida aziendale e' formalizzato.		1. SI 2. entro 30/11/2018
3.1.6	10.7	Attivare almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza.	NO	E			Sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza: attivata entro il 30 settembre 2018.		SI-ENTRO IL 30/09/2018
3.2.16	10.17	Definire e formalizzare l'unita' di crisi aziendale in applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze.	NO	E			Dare evidenza della formalizzazione dell'unita' di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

**Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.6.8	10.47	Rete HPH: 1. Individuare un Coordinatore locale HPH, che fara' anche parte del Comitato HPH regionale. 2. Definire, all'interno del Comitato di coordinamento HPH regionale, un regolamento, che verra' formalizzato dalla DCS, per la composizione e il funzionamento dei Comitati guida aziendali. 3. Partecipare al Comitato di coordinamento HPH regionale per la proposta alla DCS delle linee di lavoro da implementare progressivamente nelle organizzazioni ospedaliere e dei servizi sanitari e un piano d'azione per il 2019 e gli anni successivi. 4. Attivare il Comitato guida aziendale.	NO	E			1. Nominativo trasmesso alla Direzione Generale di AAS2, in qualita' di Centro di Coordinamento Regionale entro il 28/02/2018; 2. Regolamento definito dal Comitato di coordinamento HPH regionale entro il 30/06/2018; 3. Proposta del comitato di coordinamento HPH regionale inviata in DCS entro il 30/11/2018; 4. Comitato attivato entro il 30/11/2018.		1.2.3.4. SI
3.2.6	12.1	Partecipazione ai tavoli regionali sulle dipendeze.	NO	E			Evidenza di Partecipazione ai tavoli regionali per quanto di competenza.		SI
Totale pesi:			100	100					

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
7.5		PRIVACY: coadiuvare applicazione nuovo GDPR e semplificare la modulistica per i cittadini.	SI	E	20	30	1. Collaborazione per lo snellimento del processo e supporto allo sviluppo del FSE in base alle indicazioni regionali; 2. Collaborare con il DPO all'applicazione del nuovo regolamento europeo; 3. Verificare la corretta applicazione del Ge.Co in PMA.	1.FINO AL 31/12/2018 2.DAL 25/05 AL 31/12/2018 3.FINO AL 31/12/2018	
3.3.2	8.2	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	SI	D	10		1. Partecipare agli incontri dell'OTA 2. Collaborare per il rispetto dei requisiti richiesti agli OTA regionali per il loro Accreditamento.	SI	
8.3		Mantenere la Certificazione ISO.	SI	E	30	60	1. Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui della PMA e dell'Oncoematologia; 2. Stesura del Piano annuale degli audit secondo la nuova norma; 3. Svolgimento degli Audit interni previsti dal piano.	1.ENTRO IL 30/11/2018 2.ENTRO IL 31/03/2018; 3.ENTRO IL31/12/2018	
3.3.2	8.5	Partecipazione al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	SI	E	10	10	1. Reclutamento di nuovi valutatori da formare secondo regolamento OTA entro il 31/03/2018; 2. Partecipazione alla verifica di accreditamento.	1.ENTRO IL 31/03/2018 2. EVIDENZA DI PERTECIPAZIONE	
10.92		Rinnovare l'accreditamento del provider ECM.	SI	D	10		Supporto all' ottenimento dell' accreditamento del provider ECM almeno con riserva.	ENTRO IL 31/05/2018	

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	15.20	Manutenere il sito aziendale.	SI	D	20		1. Coordinamento per la configurazione del sito e il caricamento dei contenuti; 2. Caricamento dei contenuti forniti dai pediatri nell'area dedicata ai PLS.	1.SI 2.SI	
	3.19	RISCHIO CLINICO: Corretta identificazione del paziente: verificare l'applicazione del braccialetto identificativo ai pazienti ricoverati in RO, DH, DS. OT e l'applicazione della procedura di identificazione attiva.	NO	E			1. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice; 2. Risultati delle verifiche alle strutture interessate restituiti.	80%	2. SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	E			lista regionale dei farmaci non triturabili pubblicata sul sito aziendale.	SI	
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	NO	E			1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 . 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.	1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE	
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

**Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.4	3.1	SCREENING NEONATALE AUDIOLOGICO ED OFTALMOLOGICO: Coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale con aggiornamento del PDTA.	SI	E	10	10	Evidenza delle attivita' di coordinamento.		SI
3.2.4	3.2	Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	SI	E	10	10	Evidenza della collaborazione.		SI
3.2.6	3.3	Prevenzione, cura e riabilitazione dei casi di dipendenza ed abuso in adolescenza.	SI	E	5	5	Attuazione del PDTA condiviso con ASUITS e definizione di specifici Programmi Integrati di Patologia.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	SI	E	10	10	3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
3.6.5	10.42	SANGUE ED EMOCOMPONENTI: 1. Promozione e monitoraggio dell' appropriatezza e dell'efficacia da parte dei COBUS ospedalieri, mediante l'adozione e la validazione di uno strumento di analisi e valutazione dei dati (entro giugno 2018). 2. Promozione della sicurezza della trasfusione con l'adozione diffusa della richiesta trasfusionale web da reparto e con l'implementazione di "sistemi barriera" per l'identificazione del paziente prima della trasfusione.	SI	E	5	5	1. Il COBUS dell'Istituto contribuirà al monitoraggio dell'appropriatezza dell'uso del sangue e dei suoi componenti adottando eventuali misure correttive individuate. 2. Implementazione della richiesta trasfusionale web e di sistemi barriera.		
	10.55	Avviare la rete regionale Gestione della Gravidanza a rischio	SI	E	5	5	Gruppo regionale formalizzato ed avviato e evidenza di bozza di documento.		si

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

**Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.6	12.1	Partecipazione ai tavoli regionali sulle dipendeze.	SI	E	10	10	Evidenza di Partecipazione ai tavoli regionali per quanto di competenza.		SI
3.2.4	13.3	Coordinare il programma regionale per lo screening neonatale metabolico esteso.	SI	E	10	10	Report di monitoraggio del programma regionale e delle attivita' per la fibrosi cistica.		SI
3.2.4	13.4	Adottare la procedura per emoglobinopatia.	SI	E	5	5	Procedura adottata.		SI
3.3.3	13.7	ODONTOIATRIA SOCIALE: Collaborare con ASUITS per l'attivazione/ rinforzo di un percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilita'.	SI	E	5	5	Protocollo dedicato ai pazienti con grave disabilita' provenienti da extra regione definito in collaborazione con ASUITS.		SI
3.3.7	13.12	CONTINUITA'ASSISTENZIALE: 1. Continuare il progetto di ricerca regionale; 2. Definizione di standard assistenziali in ambito pediatrico.	SI	E	10	10	1. Continuazione delle attivita' di ricerca in ambito regionale sulle modalita' di continuita' assistenziale per i bambini con bisogni speciali; 2. Report sulle attivita' svolte da inviare alla DCS.		1.SI 2.SI
	13.13	Definizione di un modello di supporto scolastico ai bambini con bisogni speciali.	SI	E	10	10	Evidenza di definizione del modello.		SI
3.5.3	13.14	Supporto alle attivita' di ASUI TS, per quanto di competenza relativamente ad affido e adozioni.	SI	E	5	5	Supporto alle attivita' di ASUITs per quanto di competenza.		SI
3.1.3	10.3	Completare l'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza.	NO	E			Documento condiviso da tutte le Aziende della regione che indichi le modalita' piu' adeguate per il trasporto pediatrico predisposto.		
3.5.10	10.25	Collaborare con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	NO	E			Evidenza di partecipazione dei Referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze per quanto di competenza.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

**Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.1.5	10.79	Riverificare e rinnovare l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione.	NO	E			Collaborare per quanto di competenza		SI
3.5.5	12.6	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: 1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilita' di equipe funzionale. 2. Operativita' dei Centri Diurni in accordo con ASUITS e AAS2.	NO	E			2. accordo operativo con ASUITS e AAS 2 per l'attivita' di supporto fornita ai loro Centri diurni e invio di report di attivita' formalizzato.		SI
3.5.3	13.15	ADOZIONI: Collaborare, se richiesto, alla riduzione del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione; riportare il 10% dei minori inseriti in comunita' fuori regione nelle comunita' regionali.	NO	E			Partecipazione ai tavoli regionali e a quelli locali relativamente ai Piani di Zona.		SI
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

**Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.15	3.5	Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori.	SI	E	5	5	Assicurare la partecipazione ad un evento regionale (un' iniziativa formativa/informativa)		
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	SI	E	5	5	1. Nominativi dei Link professional formalizzati; 2. Link professional formati entro dicembre 2018.		1.SI 2. Entro dicembre 2018
3.15		RISCHIO CLINICO: 1. Consolidare il sistema di Incident Reporting e di analisi degli eventi avversi: Estendere la formazione sul corretto utilizzo della scheda aziendale di incident reporting; 2. Consolidare il sistema di Incident Reporting e di analisi degli eventi avversi: realizzare RCA in caso di eventi con score > 6; 3. Consolidare il sistema di Incident Reporting e di analisi degli eventi avversi: analizzare e valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento.	SI	E	10	10	1. Formazione estesa; 2. Almeno 1 RCA (se eventi con score > 6) eseguita.; 3. Report annuale sulle segnalazioni ricevute e sulle azioni di miglioramento intraprese elaborato, e valutazioni effettuate da parte del Comitato Aziendale per la Gestione Sinistri.		1.SI 2.SI 3.SI
3.19		RISCHIO CLINICO: Corretta identificazione del paziente: verificare l'applicazione del braccialetto identificativo ai pazienti ricoverati in RO, DH, DS. OT e l'applicazione della procedura di identificazione attiva.	SI	E	5	5	1. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice; 2. Risultati delle verifiche alle strutture interessate restituiti.	80%	2. SI
3.20		RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	SI	E	5	5	1. procedura relativa alla richiesta di farmaci off label revisionata e sorvegliata la corretta applicaione della procedura stessa; 2. Formazione specifica sulla lista dei farmaci non triturabili organizzata.		1.SI 2.SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

**Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.21	RISCHIO CLINICO: 1. Sorveglianza attiva e prevenzione delle resistenze batteriche: a. Monitorare le resistenze batteriche; b. Monitorare i microorganismi sentinella e le infezioni fungine; c. Monitorare il consumo degli antibiotici. 2. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Implementare e diffondere le LLGG sulle infezioni pediatriche elaborate dal gruppo regionale; 3. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE": Valutare le performance degli operatori e dare feedback dei risultati.	SI	E	15	15	1.a. Report semestrale analizzato con CIO e diffuso alle strutture elaborate; 1.b. Report semestrale da valutare e condividere con gli operatori interessati elaborato; 1.c. Report regionale sul consumo di antibiotici e del registro delle resistenze batteriche diffuso. 2. Organizzazione di almeno un evento formativo sulle linee di indirizzo terapeutico e sulle infezioni in pediatria del documento per gli operatori sanitari delle aree pediatriche; 3. Risultati delle verifiche alle strutture interessate (direttori e coordinatore o loro sostituti) restituiti.		1.SI 2.>=1 3.SI
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	SI	E	10	10	Almeno 6 eventi formativi per ciascun tema indicato realizzati.		>=6
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	E	10	10	almeno 1 evento formativo Organizzato.		>=1
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	SI	E	5	5	1. Area di miglioramento individuata; 2. Standard minimo implementato.		SI
3.4	6.1	Implementare la procedura operativa riguardante i farmaci off label con il modello di rilevazione degli esiti clinici e relativo feed back ai prescrittori.	SI	E	5	5	Evidenza di applicazione della procedura/ relazione trimestrale trasmessa alla DS.		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.1.4	10.4	Proseguire l'attuazione dell'organizzazione prevista dal Piano della Medicina di Laboratorio.	SI	E	5	5	Consolidamento dell'organizzazione prevista nel Piano della Medicina di Laboratorio (DGR 599/2017).		SI
	10.68	Predisposizione di un percorso per la trasmissione alla Sorveglianza sanitaria.	SI	E	5	5	Percorso per la trasmissione alla Sorveglianza sanitaria predisposto e relativo a: 1. Autorizzazioni e autorizzati alla frequenza; 2. Elenchi dei specializzandi di cui l'istituto e' sede della specialita'; 3. Elenco degli iscritti al corso di laurea in ostetricia. (per il personale della segreteria)		1. 2. 3. SI
	10.69	Predisposizione di un percorso per la trasmissione degli elenchi specializzandi.	SI	E	5	5	Elenchi dei specializzandi Trasmessi alla SC Ingegneria Clinica, acquisizione tecnologie, beni e servizi - Ufficio Servizio Informativo e PO Informatica e telefonia. (per il personale della segreteria)		SI
4.	14.6	SDO: 1. La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%.	SI	E	10	10	1. Media SDO archiviate > 98% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.> 98% 2.<3% 3.<10%
3.2.15	3.6	Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali gia' avviate e quelle di nuova introduzione.	NO	E			1. Partecipazione al tavolo interaziendale sulle vaccinazioni con ASUITS; 2. Attivita' di comunicazione sul tema delle vaccinazioni in gravidanza ed in eta' pediatrica.		SI
	3.26	RISCHIO CLINICO: prevenzione controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Garantire la corretta gestione di un evento epidemico in collaborazione con il territorio.	NO	E			Simulazione realizzata e eventuali criticita' individuate.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

**Responsabile:
dott.ssa Adele Maggiore**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	NO	E			1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 . 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
3.1.3	10.3	Completare l'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza.	NO	E			Documento condiviso da tutte le Aziende della regione che indichi le modalita' piu' adeguate per il trasporto pediatrico predisposto.		
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP

**Responsabile:
p.o. Barbara Fari**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.7.1	2.2	TEMPI DI ATTESA:Proseguire conl'organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche.	SI	E	20	20	Organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche coerente con la prenotazione online del cittadino di tutta l'offerta.		SI
3.7.1	2.4	Rispettare il rapporto tra attivita' libero professionale e le prioritá fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalita' organizzativa necessaria.	SI	E	5	5	Report al Direttore Sanitario relativo al: 1. Rispetto del rapporto di prioritá tra attivita' libero professionale e le prioritá di garanzia per il cittadino; 2. Indicazioni delle eventuali necessita' di sospensione delle attivita' di Libera Professione.		1.SI 2.SI
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	E	10	10	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia >=6. 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
	7.5	PRIVACY: coadiuvare applicazione nuovo GDPR e semplificare la modulistica per i cittadini.	SI	E	10	10	Collaborazione per lo snellimento del processo e supporto allo sviluppo del FSE in base alle indicazioni regionali.		
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	E	10	10	Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui.		ENTRO IL 30/11/2018
3.2.16	10.16	Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilita' di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI	SI	E	10	10	Collaborare alle attivita' riguardanti l'area pediatrica e ostetrica.		
3.7.1	12.9	Tempi di Attesa: Mantenere il monitoraggio ministeriale	SI	E	5	5	Mantenimento del monitoraggio regionale e ministeriale.		SI 42

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP

**Responsabile:
p.o. Barbara Fari**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.3.3	13.19	ODONTOIATRIA SOCIALE: Rispettare quanto previsto nella convenzione con ASUITs anche in relazione all'attivita' di reportistica richiesta.	SI	E	10	10	Reportistica inviata.		
4.	14.6	SDO: 1. La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%.	SI	E	10	10	1. Media SDO compilate > 98% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO compilate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.> 98% 2.<3% 3.<10%
	15.25	Implementazione dello sportello virtuale del cittadino.	SI	E	10	10	Evidenza di implementazione		SI
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
 p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	C		10	- Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza della piattaforma; - Evidenza dell'attivita' svolta.		SI
	9.6	Integrare le attivita' del Nido e della TIN per la presa in carico congiunta di madre e bambino	SI	C		10	Relazione sull'attivita' svolta		
3.5.7	10.23	Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica.	SI	C		10	Revisione e Attuazione del PDTA gia' condiviso con ASUITS nel 2014. Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attivita' secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto.		SI
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	C		10	Applicare la proposta riorganizzativa emersa durante il progetto formativo:organizzazione percorso pre operatorio.		SI
	10.66	Definizione di un modello organizzativo di accoglimento per le urgenze ginecologiche.	SI	C		5	- Bozza di modello presentata alla Direzione Strategica entro il 30/6/2018 - Implementazione entro il 31/12/2018		
	11.3	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: - Definizione, analisi, attribuzione quali-quantitativa della dotazione organica. - Identificazione di un modello di rilevazione di Costi e revisione del centro di costo.	SI	C		20	Partecipazione alla definizione della mappatura delle competenze Almeno il 25% degli operatori del comparto sperimenta la scheda di rilevazione delle competenze		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
 p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	11.4	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: valorizzazione ed integrazione delle funzioni di cura, assistenziali, abilitative e tecniche.	SI	C		20	Il personale partecipa agli incontri di individuazione delle principali linee assistenziali specifiche per ogni Piattaforma. (Mappatura funzioni e attivita' contigue/connesse all'interno di ogni singola Piattaforma. Individuazione azioni qualificanti.) Lean Management/applicare la proposta riorganizzativa emersa durante il progetto formativo: organizzazione percorso preoperatorio. Almeno il 25% del personale assegnato alla Piattaforma partecipa agli incontri di restituzione.		SI
3.2.17	13.6	Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione.	SI	C		5	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione.		SI
	14.8	Garantire gli obblighi informativi e la qualita' dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	SI	C		5	Adeguate compilazione dei campi relativi alle informazioni anagrafiche della madre e del padre		SI
4.	15.15	FLUSSI INFORMATIVI: CEDAP	SI	C		5	Adeguate compilazione dei campi relativi alle informazioni anagrafiche della madre e del padre.		SI
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	NO	C			5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti: - consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesiologicalo. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

**Responsabile:
p.o. Giuseppa Verardi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.19	RISCHIO CLINICO: Corretta identificazione del paziente: verificare l'applicazione del braccialetto identificativo ai pazienti ricoverati in RO, DH, DS. OT e l'applicazione della procedura di identificazione attiva.	NO	C			1. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		80%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	C			Almeno il 25% degli infermieri/ostetrici partecipano al corso di formazione.		> 25%
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	NO	C			Il 30% del personale ha partecipato all'evento formativo.		>=30%
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	C			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	NO	C			Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
 p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	NO	C			Mantenimento PMA.		SI
	9.4	Sviluppare le attivita' previste dal progetto Quando (Qualita' alla Nascita e Diritti Ora)	NO	C			Evidenza dell'attivita' svolta.		SI
3.1.6	10.6	Rete oncologica regionale: definire percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico.	NO	C			1. Evidenza di definizione dei percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico, entro il 30 aprile 2018; evidenza documentale; 2. Partecipazione alle attivita' della Breast Unit di ASUITS.		1.SI 2.SI
3.2.1	10.11	Implementare i percorsi aziendali per la donna in eta' post fertile	NO	C			-PDTA riguardante la donna in eta' post fertile con patologia del pavimento pelvico elaborato e applicato -Evidenza dei percorsi attraverso il report di attivita'.		SI
3.2.17	10.18	Partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	NO	C			80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	NO	C			1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisioni della cute entro le ore 9.		1. 100% 2. >=90% 3. SI
	10.55	Avviare la rete regionale Gestione della Gravidanza a rischio	NO	C			Gruppo regionale formalizzato ed avviato e evidenza di bozza di documento.		SI
3.2.1	13.2	Veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	NO	C			Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
 p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	15.22	Predisporre video divulgativi sulla attivita' sanitaria svolta, da caricare sul canale You Tube del Burlo Garofolo.	NO	C			Almeno 4 video/ documenti informativi o educativi prodotti.		>=4
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
 p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	C		10	5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti: - consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesilogico. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	C		10	Almeno il 30% del personale ha partecipato all'evento formativo.		>=30%
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	C		10	- Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza della piattaforma; - Evidenza dell'attivita' svolta.		SI
3.2.17	10.18	Partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	C		10	80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		>= 80%
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	SI	C		10	1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisioni della cute entro le ore 9.		1. 100% 2. >=90% 3. SI
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	C		10	Applicare la proposta riorganizzativa emersa durante il progetto formativo:organizzazione percorso pre operatorio.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
 p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	11.3	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: - Definizione, analisi, attribuzione quali-quantitativa della dotazione organica. - Identificazione di un modello di rilevazione di Costi e revisione del centro di costo.	SI	C		20	Partecipazione alla definizione della mappatura delle competenze Almeno il 25% degli operatori del comparto sperimenta la scheda di rilevazione delle competenze		SI
	11.4	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: valorizzazione ed integrazione delle funzioni di cura, assistenziali, abilitative e tecniche.	SI	C		20	Il personale partecipa agli incontri di individuazione delle principali linee assistenziali specifiche per ogni Piattaforma. (Mappatura funzioni e attivita' contigue/connesse all'interno di ogni singola Piattaforma. Individuazione azioni qualificanti.) Almeno il 25% del personale assegnato alla Piattaforma partecipa agli incontri di restituzione.		SI
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	C			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.19	RISCHIO CLINICO: Corretta identificazione del paziente: verificare l'applicazione del braccialetto identificativo ai pazienti ricoverati in RO, DH, DS. OT e l'applicazione della procedura di identificazione attiva.	NO	C			1. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		80%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	C			Almeno il 25% del personale partecipa al corso di formazione.		> 25%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

**Responsabile:
p.o. Silvana Schreiber**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.26	RISCHIO CLINICO: prevenzione controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Garantire la corretta gestione di un evento epidemico in collaborazione con il territorio.	NO	C			Simulazione realizzata e eventuali criticita' individuate.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	C			1. Check list per la prevenzione degli incidenti domestici diffusa attraverso il sito web aziendale e distribuita presso il triage ps pediatrico.		SI
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	NO	C			Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI
3.7.3	10.50	Abolire le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale per i genitori od i care giver, con presenza di uno per volta durante tutto l'arco delle 24 ore.	NO	C			Evidenza di continuazione dell'apertura dei reparti di terapia intensiva e semi intensiva ai care giver.		SI
3.2.17	13.6	Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione.	NO	C			100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione.		SI
	15.22	Predisporre video divulgativi sulla attivita' sanitaria svolta, da caricare sul canale You Tube del Burlo Garofolo.	NO	C			Almeno 4 video/ documenti informativi o educativi prodotti		>=4

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
 p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	C		5	5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti: - consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesilogico. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.19	RISCHIO CLINICO: Corretta identificazione del paziente: verificare l'applicazione del braccialetto identificativo ai pazienti ricoverati in RO, DH, DS. OT e l'applicazione della procedura di identificazione attiva.	SI	C		5	1. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		80%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	SI	C		5	Almeno il 25% degli infermieri partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	SI	C		10	Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

**Responsabile:
p.o. Andrea Cassone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	C		10	- Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza della piattaforma; - Evidenza dell'attivita' svolta.		SI
3.7.5	9.1	Proseguire con il progetto 2017 di contatto telefonico ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata, entro 5 giorni dalla dimissione con l'opportunita' di estendere tale servizio anche ad altre tipologie di trattamento.	SI	C		5	Evidenza di prosecuzione del progetto		SI
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	SI	C		10	Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisioni della cute entro le ore 9;		SI
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	C		10	Applicare la proposta riorganizzativa emersa durante il progetto formativo:organizzazione percorso pre operatorio.		SI
	11.3	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: - Definizione, analisi, attribuzione quali-quantitativa della dotazione organica. - Identificazione di un modello di rilevazione di Costi e revisione del centro di costo.	SI	C		20	Partecipazione alla definizione della mappatura delle competenze Almeno il 25% degli operatori del comparto sperimenta la scheda di rilevazione delle competenze		SI
	11.4	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: valorizzazione ed integrazione delle funzioni di cura, assistenziali, abilitative e tecniche.	SI	C		20	Il personale partecipa agli incontri di individuazione delle principali linee assistenziali specifiche per ogni Piattaforma. (Mappatura funzioni e attivita' contigue/connesse all'interno di ogni singola Piattaforma. Individuazione azioni qualificanti.) Lean Management/applicare la proposta riorganizzativa emersa durante il progetto formativo: organizzazione percorso preoperatorio. Almeno il 25% del personale assegnato alla Piattaforma partecipa agli incontri di restituzione.		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

**Responsabile:
p.o. Andrea Cassone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	C			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	NO	C			1. Il personale ha partecipato all'evento formativo. 2. attuare allegato 1		1. SI; 2. SI;
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	C			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	NO	C			1. Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui; 2. Risolvere le non conformita' sull'allestimento dei farmaci antitumorali.		1. SI; 2. SI;
3.5.4	12.2	SALUTE MENTALE - Eta' adulta: Definire un percorso aziendale congiunto per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'eta' evolutiva ai servizi per l'eta' adulta.	NO	C			Evidenza di percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure.		SI
3.3.3	13.7	ODONTOIATRIA SOCIALE: Collaborare con ASUITS per l'attivazione/ rinforzo di un percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilita'.	NO	C			Protocollo dedicato ai pazienti con grave disabilita' provenienti da extra regione definito in collaborazione con ASUITS.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

**Responsabile:
p.o. Andrea Cassone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.5.6	13.22	CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: 1. Definire i criteri di accesso; 2. Partecipare alle attivita' dei tavoli regionali. 3. Monitorare l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore sia in ambito pediatrico che ostetrico ginecologico.	NO	C			1. Entro il primo semestre 2018 il tavolo definisce i criteri di accesso alla rete delle cure palliative e inoltra una proposta operativa alla Direzione Centrale Salute; 2. Partecipazione ai tavoli Regionali; 3. Trasmissione dei Report alla Direzione Centrale Salute.		
	13.23	RIVEDERE PROCEDURE ACCOGLIENZA PAZIENTE: Punto Benvenuto in collaborazione con CUP/Gestione attivita' sanitaria.	NO	C			1. Rivedere procedura accoglienza paziente (entro il 30.5.), 2. Valutazione e relazione al 30.9		1. SI; 2. SI;
	15.22	Predisporre video divulgativi sulla attivita' sanitaria svolta, da caricare sul canale You Tube del Burlo Garofolo.	NO	C			Almeno 6 video/ documenti informativi o educativi prodotti.		>=6
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

Responsabile:
p.o. Fulvia Vascotto

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	C		10	- Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza della piattaforma; - Evidenza dell'attivita' svolta.		SI
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	C		10	Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui.		SI
3.1.4	10.5	Partecipare alle riunioni del Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio nelle quali si procedera' a: - Aggiornamento del catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; - Organizzazione della fase pre-analitica (centri prelievo, trasporti, ecc.); - Organizzazione della Bio-banca regionale.	SI	C		5	Evidenza di partecipazione alle riunioni ed alla stesura dei documenti approvati dal Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio.		SI
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	C		10	Applicare la proposta riorganizzativa emersa durante il progetto formativo:organizzazione percorso pre operatorio.		SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	C		10	Evidenza di partecipazione.		SI
	10.58	Avviare Attivita' screening di popolazione con Fibrosi Cistica.	SI	C		5	Avviato Screening entro il 31/12/2018.		SI
	10.59	Riorganizzazione area Laboratori.	SI	C		10	1. Definizione del modello di integrazione delle attivita' di laboratorio con ASUITS ed AAS2; 2. Proposta di nuovi esami/procedure; 3. Predisposizione di un documento contenente la riorganizzazione (spazi/personale); 4. Avvio della nuova organizzazione.		1.SI 2.almeno 4/anno 3.ENTRO IL 30/06/2018 4.ENTRO IL 30/09/2018

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

Responsabile:
 p.o. Fulvia Vascotto

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	11.3	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: - Definizione, analisi, attribuzione quali-quantitativa della dotazione organica. - Identificazione di un modello di rilevazione di Costi e revisione del centro di costo.	SI	C		20	Partecipazione alla definizione della mappatura delle competenze Almeno il 25% degli operatori del comparto sperimenta la scheda di rilevazione delle competenze		SI
	11.4	Organizzazione delle piattaforme tecnico-assistenziali: valorizzazione ed integrazione delle funzioni di cura, assistenziali, abilitative e tecniche.	SI	C		20	Il personale partecipa agli incontri di individuazione delle principali linee assistenziali specifiche per ogni Piattaforma. (Mappatura funzioni e attivita' contigue/connesse all'interno di ogni singola Piattaforma. Individuazione azioni qualificanti.) Lean Management/applicare la proposta riorganizzativa emersa durante il progetto formativo: organizzazione percorso preoperatorio. Almeno il 25% del personale assegnato alla Piattaforma partecipa agli incontri di restituzione.		SI
	3.19	RISCHIO CLINICO: Corretta identificazione del paziente: verificare l'applicazione del braccialetto identificativo ai pazienti ricoverati in RO, DH, DS. OT e l'applicazione della procedura di identificazione attiva.	NO	C			1. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		80%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Approprietezza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	C			Almeno il 25% dei professionisti partecipa al corso di formazione.		> 25%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

**Responsabile:
p.o. Fulvia Vascotto**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	15.22	Predisporre video divulgativi sulla attivita' sanitaria svolta, da caricare sul canale You Tube del Burlo Garofolo.	NO	C			Almeno 4 video/ documenti informativi prodotti.		>=4
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Fabio Barbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.6	Nuovo bando di ricerca su fondi 5Xmille inerente il tema "Salute della donna".	SI	C		20	Preparare e seguire l'intero iter relativo ad un nuovo bando promosso dalla Direzione scientifica su fondi 5Xmille inerente il tema della "Salute della donna".		SI
	4.7	Organizzare eventi.	SI	C		20	Organizzare almeno due "Giornate del ricercatore".		SI
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 7/2018)	SI	C		10	1 Consegna al Responsabile RPCT delle tabelle di valutazione del rischio compilate ed individuazione delle proposte di misure di abbattimento del rischio nel caso in cui il rischio sia ≥ 6 (2 processi) 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		1 ENTRO IL 30/6/2018; 2 ENTRO LE SCADENZE PREVISTE
3.1.9	10.56	RETE PEDIATRICA: Collaborare alla formalizzazione del documento Rete Pediatrica Regionale.	SI	C		20	1. Supporto delle funzioni del Comitato di Coordinamento della ricerca pediatrica; 2. Relazione sulla attivita' svolta.		1.SI 2.SI
	10.91	Supportare la SCR Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari nell'istituzione di un ufficio per la gestione delle coorti.	SI	C		10	Supportare la SCR Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari nell'istituzione di un ufficio per la gestione delle coorti.		
	15.19	Garantire il passaggio da Iteratti al sistema di Gifra (gestione integrata flussi e registrazione atti)	SI	C		10	Evidenza del passaggio tra i sistemi - certificazione del responsabile.		SI' ENTRO IL 30/6/2018
	15.21	Migliorare la contabilita' analitica relativa alla ricerca corrente e finalizzata.	SI	C		10	Corretta implementazione dei costi (personale e comuni) ai fini della puntuale rilevazione della contabilita' separata della ricerca corrente e finalizzata		

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

Responsabile:
 prof. Fabio Barbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
4.8		Avviare in maniera coordinata e integrata progetti di ricerca internazionali.	NO	C			Almeno due progetti di ricerca avviati entro il 31/12/2018.		>=2 progetti
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.7.1	2.3	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	15		Prestazioni ambulatoriali di visite: -Cardiologiche; -Endocrinologica; -Gastroenterologa; -Dermatologiche; -Elettrocardiogramma. garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni)		1. >=95% 2. >=90%
3.6.3	3.12	RETI DI PATOLOGIA: 1. Malattie Rare: Alimentare il registro regionale; 2. Malattie Rare: Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie neuromuscolari la parte pediatrica; 3. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.	SI	D	5		1. Registro Regionale alimentato correttamente; 2. Evidenza di partecipazione alle riunioni; 3. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017.		1. 100% al 30/11/2018 2. SI 3. SI
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	10		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesiologicalo. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	SI	D	10		Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	SI	D	5		3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
 prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		=2017
3.6.1	10.28	INSUFFICIENZE D'ORGANO E TRAPIANTI: Cuore: Partecipare ai lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.	SI	D	5		Evidenza di partecipazione.		SI
3.6.6	10.45	Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici.	SI	D	10		1. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico diagnostici per pazienti PEDIATRICI (minore di anni 14); 2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per ADULTI con finalita' diagnostica; 3. PACC revisionati ed inviati alla DCS.	1. 50,29% 2. 48,97	1. <42% 2. <=28% 3. SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	10		Evidenza di partecipazione.		SI
	10.63	Mantenere sul sito aziendale l'area riservata dedicata ai Pediatri.	SI	D	5		Almeno 10 documenti inseriti riguardanti: - Procedure; - Linee guida; - Consigli diagnostici; - Protocolli Operativi; - Informazioni Organizzative.		>=10
3.5.6	13.22	CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: 1. Definire i criteri di accesso; 2. Partecipare alle attivita' dei tavoli regionali. 3. Monitorare l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore sia in ambito pediatrico che ostetrico ginecologico.	SI	D	5		1. Entro il primo semestre 2018 il tavolo definisce i criteri di accesso alla rete delle cure palliative e inoltra una proposta operativa alla Direzione Centrale Salute; 2. Partecipazione ai tavoli Regionali; 3. Trasmissione dei Report alla Direzione Centrale Salute.		1. SI 2. SI 3. SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	5		1. Firma digitale nell' applicativo cardionet utilizzata; 2. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 3. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 99% 2.79% 3. 96%	1.= >=80% 2 e 3 >=90%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	15.22	Predisporre video divulgativi sulla attivita' sanitaria svolta, da caricare sul canale You Tube del Burlo Garofolo.	SI	D	5		Video prodotto.		>=1
3.3.4	3.7	RIABILITAZIONE: 1. Consolidare la rete per le malattie neuromuscolari e per la sclerosi laterale amiotrofica; 2. Adottare il PDTA per la presa in carico delle persone con sclerosi multipla; 3. Attivare a livello aziendale la rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica; 4. Attivare a livello aziendale il PDTA per la sclerosi multipla.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione alla rete per l'ambito pediatrico di competenza; 3. Evidenza di partecipazione al gruppo integrato neuromuscolare con finalita' di continuita' assistenziale del bambino/adolescente con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza;		1. SI 3. SI
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.22	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Implementare e diffondere le LLGG sulle infezioni pediatriche elaborate dal gruppo regionale.	NO	D			Organizzazione di almeno un evento formativo sulle linee di indirizzo terapeutico e sulle infezioni in pediatria del documento per gli operatori sanitari delle aree pediatriche.		>=1
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
 prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	D			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	NO	D			Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI
3.6.4	10.39	Assicurare, sulla base di convenzioni, la guardia medica (pediatrica e ostetrica) H24 in ogni punto nascita attivo.	NO	D			Convenzioni stipulate per garantire la guardia medica pediatrica assicurata H24		
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI
Totale pesi:			100						

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: **Pediatria**

Struttura: **S.C. Oncoematologia**

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.14		RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	15		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesilogico. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.	1. >= 80 % 2. >= 40 %	
3.20		RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	SI	D	10		Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%	>=80%	
3.25		RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	SI	D	15		Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.	> 25%	
3.29		RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	SI	D	5		3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.	SI	

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: **Pediatria**

Struttura: **S.C. Oncoematologia**

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	SI	D	5		Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		1. Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF; 2. Cronoprogramma dei progetti approvati: dare evidenza (giugno e dicembre) del reclutamento casi nei tempi previsti.		1. =2017 2. giugno/dicembre 2018
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	D	10		1. Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui. 2. Risolvere le non conformita' sull'allestimento dei farmaci antiblastici.		1 e 2 ENTRO IL 30/11/2018
3.6.6	10.45	Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici.	SI	D	5		1. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico diagnostici per pazienti PEDIATRICI (minore di anni 14); 2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per ADULTI con finalita' diagnostica.	1. 68,00% 2. 85,71%	1.<42% 2. <=28%
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	20		1. Evidenza di partecipazione; 2. Definizione di percorsi integrati facilitando il paziente oncologico.		1. SI 2. ENTRO IL 30/06/2018
	15.22	Predisporre video divulgativi sulla attivita' sanitaria svolta, da caricare sul canale You Tube del Burlo Garofolo.	SI	D	5		Video prodotto.		>=1
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	NO	D			Il personale ha partecipato all'evento formativo.		SI
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	E			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	8.4	Conseguire accreditamento CNT	NO	D			Rispondere ai requisiti CNT.		ENTRO IL 30/11/2018
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico e nella lettera di dimissione utilizzata; 2. Cartella oncologica informatizzata utilizzata.	1. 96%E96%	1 >=90% 2. >95% dal momento dell' avvio al 31/12/2017

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.7.1	2.3	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visita neurologica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni)		1. >=95% 2. >=90%
3.3.4	3.7	RIABILITAZIONE: 1. Consolidare la rete per le malattie neuromuscolari e per la sclerosi laterale amiotrofica; 2. Adottare il PDTA per la presa in carico delle persone con sclerosi multipla; 3. Attivare a livello aziendale la rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica; 4. Attivare a livello aziendale il PDTA per la sclerosi multipla.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione alla rete per l'ambito pediatrico di competenza; 2. Entro il primo semestre 2018 presa in carico dei pazienti d'eta' inferiore a 18 anni con sclerosi multipla con le modalita' previste dal PDTA; 3. Evidenza di partecipazione al gruppo integrato neuromuscolare con finalita' di continuit� assistenziale del bambino/adolescente con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza; 4. Entro il primo semestre 2018 presa in carico dei pazienti con sclerosi multipla con le modalita' previste dal PDTA.		1. 2. 3. 4. = SI
3.6.3	3.12	RETI DI PATOLOGIA: 1. Malattie Rare: Alimentare il registro regionale; 2. Malattie Rare: Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie neuromuscolari la parte pediatrica; 3. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.	SI	D	10		1. Registro Regionale alimentato correttamente; 3. Evidenza di partecipazione ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.		1. 100% al 30/11/2018 3. SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	SI	D	5		Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	D	5		Il 30% del personale ha partecipato all'evento formativo.		>=30%
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Aumento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		>2017

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: **Pediatria**

Struttura: **S.C. Neuropsichiatria infantile**

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.5.2	10.21	Partecipare al Tavolo tecnico sull'autismo per quanto di competenza relativamente al monitoraggio dell'attuazione delle Linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in eta' evolutiva.	SI	D	5		Evidenza partecipazione.		SI
3.6.6	10.45	Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici.	SI	D	10		1. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico diagnostici per pazienti PEDIATRICI (minore di anni 14); 2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per ADULTI con finalita' diagnostica; 3. PACC revisionati ed inviati alla DCS.	1. 97,50% 2. 77,78%	1. <42% 2. <=28% 3. SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	10		Evidenza di partecipazione.		SI
3.5.4	12.2	SALUTE MENTALE - Eta' adulta: Definire un percorso aziendale congiunto per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'eta' evolutiva ai servizi per l'eta' adulta.	SI	D	10		Evidenza di percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure.		SI
3.5.4	12.3	SALUTE MENTALE- Eta' evolutiva: - Attivare le NPIA aziendali. - Avviare le attivita' dei Centri diurni NPIA. - Predisporre i percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuita' assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilita' di presa in carico, modalita' di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in eta' adolescenziale.	SI	D	10		Accordo tra ASUITS e l'IRCCS Burlo Garofolo definito riguardante: - le competenze specifiche dei servizi territoriali con funzioni di NPI e Salute Mentale dell'eta' evolutiva di ASUITS e quelle della SC NPI ospedaliera di primo livello; - i percorsi per garantire la continuita' assistenziale; - l'individuazione di strutture pubbliche e private semiresidenziali, residenziali e di ricovero che concorrano alla presa in carico dell'utenza 0-17 anni anche nei momenti di crisi e di emergenza psichiatrica		SI
	15.22	Predisporre video divulgativi sulla attivita' sanitaria svolta, da caricare sul canale You Tube del Burlo Garofolo.	SI	D	5		Video prodotto.		>=1

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	NO	D			5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesiologicalo. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriatazza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	E			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
3.5.10	10.25	Collaborare con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	NO	D			Evidenza di partecipazione dei Referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze per quanto di competenza.		SI
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.SI
3.5.5	12.6	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: 1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilita' di equipe funzionale. 2. Operativita' dei Centri Diurni in accordo con ASUITS e AAS2.	NO	D			1. ambulatori DCA operativi; 2. accordo operativo con ASUITS e AAS 2 per l'attivita' di supporto fornita ai loro Centri diurni e invio di report di attivita' formalizzato.		SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 96% 2. 97%	>=90%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

Responsabile:
dott. Claudio Germani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	D	15		Il personale ha partecipato all'evento formativo.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	SI	D	10		1. Check list per la prevenzione degli incidenti domestici diffusa attraverso il sito web aziendale e distribuita presso il triage ps pediatrico.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	SI	D	10		3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		=2017
3.1.3	10.3	Completare l'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza.	SI	D	10		Documento condiviso da tutte le Aziende della regione che indichi le modalita' piu' adeguate per il trasporto pediatrico predisposto.		
3.6.2	10.32	EMERGENZA-URGENZA: Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde.	SI	D	15		Aumentare la percentuale di pazienti pediatrici registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde 65%	74,33%	>=65%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

**Responsabile:
dott. Claudio Germani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.6.2	10.33	EMERGENZA-URGENZA: Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore.	SI	D	15		Aumentare la percentuale di pazienti pediatrici con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75% .	94,50%	>=75%
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	10		Evidenza di partecipazione.		SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	5		Utilizzo della firma digitale nel Verbale SEI.	83%	>=90%
3.6.2	3.11	EMERGENZA-URGENZA:Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti;	NO	D			Documenti revisionati.		SI
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriatezza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

**Responsabile:
dott. Claudio Germani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	D			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
3.6.2	10.31	EMERGENZE CARDIOLOGICHE Partecipare ai lavori della rete per quanto di competenza	NO	D			Almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito formalizzato.		SI
3.6.4	10.39	Assicurare, sulla base di convenzioni, la guardia medica (pediatrica e ostetrica) H24 in ogni punto nascita attivo.	NO	D			Garantire la guardia medica pediatrica / ostetrica H24 nelle aziende convnezonate con l'IRCCS		
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI
3.2.1	13.2	Veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	NO	D			Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita.		SI

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.7.1	2.3	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	20		Prestazioni ambulatoriali di visita oculistica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni)		1. >=95% 2. >=90%
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualit� e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	10		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesiologicalo. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriatezza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	SI	D	5		Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	SI	D	10		Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	15		- Aumento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF; - Evidenza di collaborazione in due reti di ricerca/assistenza.		>2017

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.3.8	10.20	Partecipare ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.	SI	D	5		Evidenza di partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica per quanto di competenza. Attuazione delle nuove modalita' di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.		SI
3.6.6	10.45	Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici.	SI	D	10		1. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico diagnostici per pazienti PEDIATRICI (minore di anni 14); 2. PACC revisionati ed inviati alla DCS.	1. 88,24%	1. <42% 2. SI
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisioni della cute entro le ore 9.		1. 100% 2. >=90%
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	SI	D	5		1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	D	10		Applicare il percorso elaborato durante l'attivita' di formazione a partire dal 01/04/2018		SI
3.6.3	3.12	RETI DI PATOLOGIA: 1. Malattie Rare: Alimentare il registro regionale; 2. Malattie Rare: Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie neuromuscolari la parte pediatrica; 3. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.	NO	D			1. Registro Regionale alimentato correttamente. 3. Evidenza di partecipazione ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.		1. 100% al 30/11/2018 3. SI
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	D			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	NO	D			Evidenza di partecipazione.		SI
	10.64	Migliorare la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari.	NO	D			Numero di ricoveri in DRG Chirurgico in regime ordinario migliorato.	98,64%	>=38%
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 92% 2. 99%	>=90%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	10		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesilogico. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	SI	D	10		Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	15		Aumento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		>2017
3.6.6	10.45	Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici.	SI	D	5		Riduzione del numero di ricoveri in DH medico diagnostici per pazienti PEDIATRICI (minore di anni 14).	3,57%	<42%
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete; 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisioni della cute entro le ore 9.		1. 100% 2. >=90%
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	D	5		Applicare il percorso elaborato durante l'attivita' di formazione a partire dal 01/04/2018		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	10.62	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE: Predisporre PDTA e Protocolli operativi con ASUITS e ASUIUD	SI	D	5		- PDTA e Protocolli operativi; - PDTA e Protocolli siglati e applicati entro il 31/12/2018.		SI
3.3.3	13.7	ODONTOIATRIA SOCIALE: Collaborare con ASUITS per l'attivazione/ rinforzo di un percorso preferenziale per gli utenti con gravi disabilita'.	SI	D	10		Protocollo dedicato ai pazienti con grave disabilita' provenienti da extra regione definito in collaborazione con ASUITS.		SI
3.3.3	13.8	ODONTOIATRIA SOCIALE: Aumentare le prestazioni LEA erogate.	SI	D	10		Prestazione LEA erogate con media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora.		> 1,6/h
3.3.3	13.10	ODONTOIATRIA SOCIALE: Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche. La percentuale di visite odontostomatologiche deve essere inferiore al 40%(sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico).	SI	D	10		Percentuale di visite odontostomatologiche erogate <40% del totale delle prestazioni erogate.		<40%
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata; 3. Cartella informatizzata utilizzata.	1. 68% 2. 46%	1. >=90% 2. >=90 3. SI
3.6.3	3.12	RETI DI PATOLOGIA: 1. Malattie Rare: Alimentare il registro regionale; 2. Malattie Rare: Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie neuromuscolari la parte pediatrica; 3. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.	NO	D			1. Registro Regionale alimentato correttamente.		1. 100% al 30/11/2018
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%;		>=80%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

**Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	D			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	NO	D			Evidenza di partecipazione.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

**Responsabile:
 prof.ssa Milena Cadenaro**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.3.3	13.9	ODONTOIATRIA SOCIALE: Erogare prestazioni non LEA in accordo con ASUITS all'interno del programma di odontoiatria sociale.	NO	D			Prestazioni erogate come da accordo.		SI
3.3.3	13.11	ODONTOIATRIA SOCIALE: ASUITS e Burlo Garofolo: razionalizzare l'offerta.	NO	D			Coordinamento unico interaziendale attivato. Percorsi e competenze univoche per le prestazioni di odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia definiti.		
3.3.3	13.20	ODONTOIATRIA SOCIALE: Collaborare con il Coordinatore della rete odontoiatrica regionale per l'attivazione e la messa a regime della cartella clinica elettronica condivisa.	NO	D			Evidenza della collaborazione.		

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.7.1	2.3	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visita urologica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni)		1. >=95% 2. >=90%
3.7.1	2.5	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI	D	10		Per i seguenti interventi: - biopsia del fegato; - riparazione di ernia inguinale; - neoplasia del rene. le seguenti priorit� sono rispettate 1.priorit� A (30 giorni) 2.priorit� B (60 giorni) 3.priorit� C (180 giorni)		1.>=95% 2.>=90% 3.>=90%
3.6.3	3.12	RETI DI PATOLOGIA: 1. Malattie Rare: Alimentare il registro regionale; 2. Malattie Rare: Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie neuromuscolari la parte pediatrica; 3. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.	SI	D	5		1. Registro Regionale alimentato correttamente; 3. Evidenza di partecipazione ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.		1. 100% al 30/11/2018 3. SI
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	10		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesiológico. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	SI	D	5		Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Evidenza dello sviluppo di 2 linee di ricerca con collaborazioni internazionali.		>=2 82

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.6.6	10.45	Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici.	SI	D	10		1. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico diagnostici per pazienti PEDIATRICI (minore di anni 14); 2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per ADULTI con finalita' diagnostica.	1. 19.35% 2. 12,50%	1. <42% 2. <=28%
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisioni della cute entro le ore 9.		1. 100% 2. >=90%
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	SI	D	5		1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	D	15		Applicare il percorso elaborato durante l'attivita' di formazione a partire dal 01/04/2018		SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	10		Evidenza di partecipazione.		SI
3.2.4	3.1	SCREENING NEONATALE AUDIOLOGICO ED OFTALMOLOGICO: Coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale con aggiornamento del PDTA.	NO	D			Evidenza delle attivita' di coordinamento.		SI
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriatezza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	E			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
	10.64	Migliorare la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari.	NO	D			Numero di ricoveri in DRG Chirurgico in regime ordinario migliorato.	74,07%	>=38%
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 94% 2. 92%	>=90%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.7.1	2.3	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visita orl garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni)		1. >=95% 2. >=90%
3.7.1	2.5	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI	D	15		1. Per l'intervento di tonsillectomia le seguenti priorit� sono rispettate: a.priorit� A (30 giorni); b.priorit� B (60 giorni); c.priorit� C (180 giorni). 2. a. Relazione sull'attivit� chirurgica di tonsillectomia svolta a livello regionale (i dati verranno trasmessi dalla SCR Epidemiologia); b. Definizione sui tavoli regionali di commesse di produzione tra le diverse AAS regionali, in collaborazione con la DCS; c. Implementazione delle sedute operatorie.		1a.>=95% 1b.>=90% 1c.>=90% 2 a.b.c. SI
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualit� e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	10		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesiológico. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Aumento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		>2017
3.3.8	10.20	Partecipare ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.	SI	D	5		Evidenza di partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica per quanto di competenza.Attuazione delle nuove modalit� di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.6.6	10.45	Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici.	SI	D	10		1. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico diagnostici per pazienti PEDIATRICI (minore di anni 14); 2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per ADULTI con finalita' diagnostica.	1. 87,36% 2. 83,33	1.<42% 2.<=28%
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisioni della cute entro le ore 9.		1. 100% 2. >=90%
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	D	15		Applicare il percorso elaborato durante l'attivita' di formazione a partire dal 01/04/2018		SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	5		Evidenza di partecipazione.		SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 65% 2. 47%	>=90%
3.2.4	3.1	SCREENING NEONATALE AUDIOLOGICO ED OFTALMOLOGICO: Coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione in tutti i punti nascita di una procedura regionale con aggiornamento del PDTA.	NO	D			Evidenza delle attivita' di coordinamento.		SI
3.6.3	3.12	RETI DI PATOLOGIA: 1. Malattie Rare: Alimentare il registro regionale; 2. Malattie Rare: Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie neuromuscolari la parte pediatrica; 3. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.	NO	D			1. Registro Regionale alimentato correttamente; 3. Evidenza di partecipazione ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.		1. 100% al 30/11/2018 2. SI
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI 87

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Approprietezza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	D			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	NO	D			Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

**Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
10.53		Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2. = SI
10.64		Migliorare la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari.	NO	D			Numero di ricoveri in DRG Chirurgico in regime ordinario migliorato.	68,68%	>=38%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.7.1	2.3	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visita ortopedica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni)		
3.6.3	3.12	RETI DI PATOLOGIA: 1. Malattie Rare: Alimentare il registro regionale; 2. Malattie Rare: Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie neuromuscolari la parte pediatrica; 3. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.	SI	D	5		1. Registro Regionale alimentato correttamente. 3.Evidenza di partecipazione ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza		1. 100% al 30/11/2018 3. SI
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	10		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesilogico. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriatezza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	SI	D	10		Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	SI	D	10		Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Evidenza della collaborazione scientifica con gli anestesisti in almeno 1 progetto di ricerca.		>=1
3.6.6	10.45	Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici.	SI	D	10		1. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico diagnostici per pazienti PEDIATRICI (minore di anni 14); 2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per ADULTI con finalita' diagnostica.	1. 72,13% 2. 66,67	1.<42% 2.<=28%
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete.		1. 100%
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	D	10		Applicare il percorso elaborato durante l'attivita' di formazione a partire dal 01/04/2018		SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	15		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 20% 2. 0%	>=90%
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	D			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

**Responsabile:
dott. Marco Carbone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
3.3.8	10.20	Partecipare ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.	NO	D			Evidenza di partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica per quanto di competenza. Attuazione delle nuove modalita' di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.		SI
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2. = SI
	10.64	Migliorare la percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari.	NO	D			Numero di ricoveri in DRG Chirurgico in regime ordinario migliorato.	79,92%	>=38%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Antonella Trappan f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.14		RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	10		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesilogico. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
3.23		RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	SI	D	10		Compliance > 40%.		> 40%
3.25		RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Approprietezza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	SI	D	10		Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
4.3		Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		1. Progetto di ricerca corrente sull'analisi del latte materno definito entro il 30/06/2018 anche in accordo con il Laboratorio di Diagnostica Avanzata; 2. Avanzamento della ricerca documentato entro il 31/12/2018.		1. ENTRO IL 30/06/2018 2. ENTRO IL 31/12/2018

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

**Responsabile:
dott. Antonella Trappan f.f.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	9.4	Sviluppare le attivita' previste dal progetto Quando (Qualita' alla Nascita e Diritti Ora)	SI	D	10		Evidenza dell'attivita' svolta.		SI
3.2.17	10.18	Partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	D	10		80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	20		Evidenza di partecipazione.		SI
3.6.4	12.7	Monitorare l'attivita' di Trasporto in Emergenza Assistito Materno.	SI	D	10		Prodotto Report da inviare alla DCS, che comprenda le seguenti informazioni: - N STAM ricevuti nell'anno e di questi quanti con documentazione completa; - N STAM attivati nell'anno.		SI
3.2.1	13.2	Veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	SI	D	10		Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita.		SI
3.6.3	3.12	RETI DI PATOLOGIA: 1. Malattie Rare: Alimentare il registro regionale; 2. Malattie Rare: Coordinare nell'ambito della Rete per le patologie neuromuscolari la parte pediatrica; 3. Partecipare ai lavori delle reti di gruppo nosologico di competenza.	NO	D			1. Registro Regionale alimentato correttamente.		1. 100% al 30/11/2018
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%;		>=80%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

**Responsabile:
dott. Antonella Trappan f.f.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	D			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 93% 2. 96%	>=90%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Clara Dell'Oste f.f.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	SI	D	5		Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	SI	D	20		Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Aumento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		>2017
	9.5	Incrementare la parto analgesia	SI	D	10		Realizzare video per promuovere la partoanalgesia		
3.1.3	10.3	Completare l'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza.	SI	D	5		Documento condiviso da tutte le Aziende della regione che indichi le modalita' piu' adeguate per il trasporto pediatrico predisposto.		
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	SI	D	15		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisioni della cute entro le ore 9.		1. 100% 2. >=90%
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	SI	D	5		1. Evidenza di partecipazione; 2. Verbale redatto.		1. >= 80% 2.= SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Clara Dell'Oste f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	D	20		Applicare il percorso elaborato durante l'attivita' di formazione a partire dal 01/04/2018		SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	10		Evidenza di partecipazione.		SI
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	NO	D			5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesiological. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	D			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

**Responsabile:
dott.ssa Clara Dell'Oste f.f.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
3.7.3	10.50	Abolire le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale per i genitori od i care giver, con presenza di uno per volta durante tutto l'arco delle 24 ore.	NO	D			Evidenza di continuazione dell'apertura dei reparti di terapia intensiva e semi intensiva ai care giver.		SI
	10.81	Ottimizzare l'utilizzo dell'ambulatorio.	NO	D			% saturazione ambulatorio.		>=90%
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 81% 2. 94%	>=90%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	SI	D	5		Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	SI	D	15		Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	20		Aumento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		>2017
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	D	15		Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui.		ENTRO IL 30/11/2018
	8.4	Conseguire accreditamento CNT	SI	D	15		Rispondere ai requisiti CNT.		ENTRO IL 30/11/2018
3.1.6	10.6	Rete oncologica regionale: definire percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico.	SI	D	15		Partecipazione alle attivita' della Breast Unit di ASUITS.		SI
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	SI	D	5		1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinicoutilizzata.	75%	>=90%
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	E			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale

**Responsabile:
dott. Tamara Stampalija**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	25		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		=2017
	4.4	Implementare in assistenza l'attivita' di ricerca traslazionale.	SI	D	10		Protocollo operativo DNA Fetale (NIPT) condiviso in regione		SI
	4.5	Implementare in assistenza l'attivita' di ricerca traslazionale.	SI	D	15		Protocollo operativo Genic condiviso in regione.		SI
	9.4	Sviluppare le attivita' previste dal progetto Quando (Qualita' alla Nascita e Diritti Ora)	SI	D	15		Evidenza dell'attivita' svolta.		SI
3.2.1	10.10	Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica.	SI	D	10		Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attivita' secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto.		SI
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI
	15.18	Creare il percorso informato in diagnosi prenatale	SI	D	15		Evidenza documentale del percorso.		SI
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale

**Responsabile:
dott. Tamara Stampalija**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Approprietezza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	E			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	10		Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /Numero di cartelle selezionate; (5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura)		>= 80
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Progetto di scheda elettronica alla nascita programmato e avviato.		SI
	9.4	Sviluppare le attivita' previste dal progetto Quando (Qualita' alla Nascita e Diritti Ora)	SI	D	10		Evidenza dell'attivita' svolta.		si
3.2.1	10.10	Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica.	SI	D	5		Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attivita' secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto.		SI
3.6.4	10.40	Mantenere la percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati.	SI	D	10		Parti cesarei depurati (NTSV) < 20% dei parti totali dei parti depurati.	15,31%	< 20%
3.6.4	10.41	Mantenere parti indottifarmacologicamente al di sotto del 20%.	SI	D	10		Parti indotti < 20%	15,97%	<20%
	10.55	Avviare la rete regionale Gestione della Gravidanza a rischio	SI	D	10		Gruppo regionale formalizzato ed avviato e evidenza di bozza di documento.		si
	10.65	DIMISSIONI VOLONTARIE: Ridurre le Dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero.	SI	D	10		Percentuale di dimissioni volontarie diminuite. Sono escluse: - Interruzioni volontaria farmacologica; - Decessi.		0,6%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.6.4	12.7	Monitorare l'attivita' di Trasporto in Emergenza Assistito Materno.	SI	D	10		Prodotto Report da inviare alla DCS, che comprenda le seguenti informazioni: - N STAM ricevuti nell'anno e di questi quanti con documentazione completa; - N STAM attivati nell'anno.		SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	15		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 66% 2. 55%	>=90%
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.20	RISCHIO CLINICO: Uso sicuro dei farmaci.	NO	D			Richieste conformi alla procedura relativa alla richiesta di farmaci off label maggiore dell' 80%		>=80%
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Approprietezza della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	E			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
	9.3	QUALITA' DELLE CURE: ridurre la percentuale delle dimissioni volontarie al di sotto dello 0,5% del totale delle dimissioni	NO	D			Soglia di dimissioni volontarie prevista dal progetto Bersaglio rispettata		<0,5%
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione; 2. Documento redatto.		1. >= 80% 2.= SI

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.7.1	2.3	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visite ginecologiche garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni)		1. >=95% 2. >=90%
3.7.1	2.5	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI	D	10		Per l'intervento di neoplasia dell' utero le seguenti priorit� sono rispettate: 1.priorit� A (30 giorni) 2.priorit� B (60 giorni) 3.priorit� C (180 giorni)		1.>=95% 2.>=90% 3.>=90%
	3.14	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri.	SI	D	10		5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura 1. Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti /numero di cartelle selezionate, 2. Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i documenti richiesti compilati in modo completo/numero di cartelle selezionate con i seguenti documenti:- consenso informatico chirurgico. -consenso informato anestesiologicalo. -scheda valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente. - check list chirurgica. - primo foglio unico di terapia.		1. >= 80 % 2. >= 40 %
	3.27	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori. Diffondere la procedura aziendale relativa alla raccomandazione ministeriale per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (raccomandazione numero 8).	SI	D	5		Almeno il 30% del personale ha partecipato all'evento formativo.		>= 30%
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		Aumento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		>2017
	9.3	QUALITA' DELLE CURE: ridurre la percentuale delle dimissioni volontarie al di sotto dello 0,5% del totale delle dimissioni	SI	D	10		Soglia di dimissioni volontarie prevista dal progetto Bersaglio rispettata		<0,5%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.1	10.11	Implementare i percorsi aziendali per la donna in eta' post fertile	SI	D	5		- PDTA riguardante la donna in eta' post fertile con patologia del pavimento pelvico elaborato e applicato. - Evidenza dei percorsi attraverso il report di attivita'.		SI
3.6.4	10.40	Mantenere la percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati.	SI	D	5		Parti cesarei depurati (NTSV) < 20% dei parti totali dei parti depurati.	15,31%	< 20%
3.6.4	10.41	Mantenere parti indottifarmacologicamente al di sotto del 20%.	SI	D	5		Parti indotti < 20%	15,97%	<20%
3.6.6	10.45	Ridurre il numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 42% per quelli pediatrici.	SI	D	5		Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per ADULTI con finalita' diagnostica.	32,25%	<=28%
3.1.11	10.54	LEAN MANAGEMENT.	SI	D	10		Applicare il percorso elaborato durante l'attivita' di formazione a partire dal 01/04/2018		SI
	10.66	Definizione di un modello organizzativo di accoglimento per le urgenze ginecologiche.	SI	D	5		Bozza di modello presentata alla Direzione Strategica.		SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 40% 2. 14%	>=90%
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	NO	D			I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		SI
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.		> 40%

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.		> 25%
	3.28	RISCHIO CLINICO: Miglioramento della gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: CARMINA	NO	E			Gli operatori dell'area di competenza hanno partecipato al progetto di miglioramento coordinato.		SI
	3.29	RISCHIO CLINICO: Promozione del coinvolgimento attivo e consapevole dei pazienti e cittadini e promozione delle buone pratiche: 1. Diffusione della check list per la prevenzione degli incidenti domestici redatta dal gruppo regionale; 2. Diffusione del materiale informativo predisposto; 3. Applicazione del protocollo di Continuita' assistenziale; 4. Condivisione delle buone pratiche.	NO	D			3. Indicatori previsti nel protocollo di continuita' assistenziale rispettati.		SI
	3.30	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza del percorso chirurgico: 1. Verificare la corretta e completa documentazione sanitaria; 2. Applicazione del regolamento di sala operatoria.	NO	D			Indicatori presenti nel regolamento rispettati.		SI
	9.4	Sviluppare le attivita' previste dal progetto Quando (Qualita' alla Nascita e Diritti Ora)	NO	D			Evidenza dell'attivita' svolta		si
3.1.6	10.6	Rete oncologica regionale: definire percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico.	NO	D			1. PDTA per la gestione dei tumori ovarici, gia' condiviso con ASUITS nel corso del 2017 consolidato e valutato; 2. Evidenza documentale; 3. Nuovi PDTA su tumori degli apparati genitali femminili.		1.SI 2. SI 3. ALMENO 2

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
 prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.1	10.10	Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica.	NO	D			Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso report con dati di attivita' secondo le indicazioni della DCS nell'ambito del grado di autonomia previsto per il personale ostetrico del comparto.		SI
3.2.3	10.12	Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello per lo screening per la cervice uterina.	NO	D			Requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello rispettati.		SI- ENTRO IL 30/11/2018
	10.52	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche.	NO	D			Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisioni della cute entro le ore 9;		>=90%
3.2.13	13.5	Mantenere il registro regionale endometriosi.	NO	D			1. Tenuta del registro regionale di patologia e Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione; 2. Collaborazione nelle valutazioni dei dati del questionario.		SI
Totale pesi:			100						

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.S.D. R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale

**Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.6	3.4	Piano regionale della Prevenzione 2014-2018: Prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, quali l'infezione da HIV, le epatiti virali, TBC e le altre malattie sessualmente trasmissibili.	SI	D	20		1. PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse completato. 2.PIP con ASUITS per la prevenzione delle MTS e la presa in carico integrata dei soggetti affetti da MTS attivato.		Protocollo condiviso con almeno 2 ASS/ASUI. Almeno 2
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	20		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		=2017
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	D	10		Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui.		ENTRO IL 30/11/2018 Certificazione ottenuta senza rilievi.
3.1.4	10.4	Proseguire l'attuazione dell'organizzazione prevista dal Piano della Medicina di Laboratorio.	SI	D	20		1. Definizione del modello di integrazione delle attivita' di laboratorio con ASUITS ed AAS2; 2. Proposta di nuovi esami/procedure.		1. SI 2. almeno 2/anno
3.1.4	10.5	Partecipare alle riunioni del Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio nelle quali si procedera' a: - Aggiornamento del catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; - Organizzazione della fase pre-analitica (centri prelievo, trasporti, ecc.); - Organizzazione della Bio-banca regionale.	SI	D	10		Evidenza di partecipazione alle riunioni ed alla stesura dei documenti approvati dal Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio.		SI
3.2.3	10.12	Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello per lo screening per la cervice uterina.	SI	D	5		Requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello rispettati.		SI- ENTRO IL 30/11/2018

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.S.D. R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale

**Responsabile:
 prof.ssa Manola Comar**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	10.59	Riorganizzazione area Laboratori.	SI	D	10		1. Predisposizione di un documento contenente la riorganizzazione (spazi/personale); 2. Avvio della nuova organizzazione.		1. ENTRO IL 30/06/2018 2. ENTRO IL 30/09/2018
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	5		Firma digitale negli applicativi relativi a Laboratorio e microbiologia utilizzata.	100%	>=90%
3.2.3	10.13	Realizzare presso l'Anatomia Patologica di ASUITS, sede di Monfalcone, di un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari;	NO	D			Collaborare per la riconversione del programma, inclusi gli aspetti di comunicazione e formazione per quanto di competenza		SI
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	NO	D			Evidenza di partecipazione.		SI
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

**Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	20		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		=2017
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	D	5		Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui.		ENTRO IL 30/11/2018 Certificazione ottenuta senza rilevi.
3.1.4	10.4	Proseguire l'attuazione dell'organizzazione prevista dal Piano della Medicina di Laboratorio.	SI	D	10		1. Definizione del modello di integrazione delle attivita' di laboratorio con ASUITS ed AAS2; 2. Proposta di nuovi esami/procedure.		1. SI 2. almeno 2/anno
3.1.4	10.5	Partecipare alle riunioni del Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio nelle quali si procedera' a: - Aggiornamento del catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; - Organizzazione della fase pre-analitica (centri prelievo, trasporti, ecc.); - Organizzazione della Bio-banca regionale.	SI	D	5		Evidenza di partecipazione alle riunioni ed alla stesura dei documenti approvati dal Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio;		SI
3.1.6	10.6	Rete oncologica regionale: definire percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico.	SI	D	10		Partecipazione alle attivita' della Breast Unit di ASUITS.		SI
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	SI	D	10		Evidenza di partecipazione.		>= 80%
	10.58	Avviare Attivita' screening di popolazione con Fibrosi Cistica.	SI	D	20		Avviato Screening entro il 31/12/2018.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

**Responsabile:
 prof. Paolo Gasparini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	10.59	Riorganizzazione area Laboratori.	SI	D	20		1. Predisposizione di un documento contenente la riorganizzazione (spazi/personale); 2. Avvio della nuova organizzazione.		1. ENTRO IL 30/06/2018 2. ENTRO IL 30/09/2018
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	NO	D			Evidenza di partecipazione.		SI
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale dei referti di Genetica utilizzata; 2. Firma digitale sulle visite di Genetica utilizzata.	1. 98%	1. >=90% 2. >=90%
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Massimo Gregori f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.7.1	2.3	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	25		Prestazioni ambulatoriali di RMN e Ecografie garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni)	1. >=95% 2. >=90%	
3.6.7	3.13	RISCHIO CLINICO: Realizzare le azioni necessarie allo sviluppo della rete cure sicure FVG.	SI	D	5		I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.	SI	
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	10		1. Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF; 2. Partecipazione alla progettualita' della rete IDEA documentata.	1. =2017 2. SI	
3.6.3	10.37	Sviluppare il sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica.	SI	D	20		Sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica sviluppato	SI	
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	SI	D	5		Evidenza di partecipazione.	>= 80%	
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	10		Evidenza di partecipazione.	SI	
	10.60	Refertazione a domicilio	SI	D	10		Refertazioni a domicilio effettuate.	100% ENTRO IL 30/06/2018	

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Massimo Gregori f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	10.61	Revisione del modello organizzativo finalizzato all'incremento dell'attivita' e al bisogno dell'utenza pediatrica.	SI	D	15		1. Progetto Redatto; 2. Aperture ambulatoriali incrementate.	1. PROGETTO REDATTO AL 30/06/2018 2. ALMENO 1 AMBULATORIO POMERIDIANO/SABATO MATTINA	
	3.23	RISCHIO CLINICO: Controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE".	NO	D			Compliance > 40%.	> 40%	
	3.25	RISCHIO CLINICO: controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Organizzare la formazione specifica per prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: 1. Lavaggio delle mani; 2. Precauzioni standard e da contatto; Colonizzazione e infezione da agenti patogeni multiresistenti; 3. Appropriata della terapia antibiotica e antimicrobial stewardship; 4. Vaccinazioni.	NO	D			Almeno il 25% dei medici partecipa al corso di formazione.	> 25%	
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	NO	D			Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui.	ENTRO IL 30/11/2018 Certificazione ottenuta senza rilievi.	
3.1.6	10.7	Attivare almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza.	NO	D			Partecipazione al processo per l'attivazione di una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza: attivata entro il 30 settembre 2018.	SI-ENTRO IL 30/09/2018	

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Massimo Gregori f.f.

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
-------	----	--------------	-----	------	--------	--------	------------	-------------	--------

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale

**Responsabile:
dott. Oriano Radillo**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	20		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF.		=2017
	8.3	Mantenere la Certificazione ISO.	SI	D	5		Analisi dei rischi di tutti i processi primari residui.		ENTRO IL 30/11/2018 Certificazione ottenuta senza rilevi.
3.1.4	10.4	Proseguire l'attuazione dell'organizzazione prevista dal Piano della Medicina di Laboratorio.	SI	D	30		1. Definizione del modello di integrazione delle attivita' di laboratorio con ASUITS ed AAS2; 2. Proposta di nuovi esami/procedure.		1. SI 2. almeno 4/anno
3.1.4	10.5	Partecipare alle riunioni del Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio nelle quali si procedera' a: - Aggiornamento del catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale; - Organizzazione della fase pre-analitica (centri prelievo, trasporti, ecc.); - Organizzazione della Bio-banca regionale.	SI	D	10		Evidenza di partecipazione alle riunioni ed alla stesura dei documenti approvati dal Comitato Regionale per la Medicina di Laboratorio.		SI
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	SI	D	5		Evidenza di partecipazione.		>= 80%
3.1.9	10.57	RETE PEDIATRICA: Partecipare alle attivita' richieste per lo sviluppo della rete pediatrica.	SI	D	5		Evidenza di partecipazione.		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale

**Responsabile:
dott. Oriano Radillo**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	10.59	Riorganizzazione area Laboratori.	SI	D	15		1. Predisposizione di un documento contenente la riorganizzazione (spazi/personale); 2. Avvio della nuova organizzazione.		1. ENTRO IL 30/06/2018 2. ENTRO IL 30/09/2018
5.	15.10	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		Firma digitale negli applicativi relativi a Laboratorio e microbiologia utilizzata.		>=98%
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani f.f.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
	4.3	Migliorare la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	E	20	20	1. Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF; 2. Ufficio per la gestione delle coorti creato 31/12/2018 (Piano di attivita' 2019-2020 entro il 31/06/2018)		1. =2017 2. SI
	9.4	Sviluppare le attivita' previste dal progetto Quando (Qualita' alla Nascita e Diritti Ora)	SI	E	20	20	Evidenza dell'attivita' svolta		si
3.1.3	10.3	Completare l'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza.	SI	E	5	5	Documento condiviso da tutte le Aziende della regione che indichi le modalita' piu' adeguate per il trasporto pediatrico predisposto.		SI
3.6.4	10.36	Individuare gli interventi chirurgici pediatrici che devono essere assicurati dall'IRCCS "Burlo Garofolo" attraverso: - La centralizzazione presso la sede ospedaliera dell'istituto; - La circolazione in piu' sedi di un'equipe chirurgica ed anestesiologicala dell'istituto.	SI	E	10	10	Interventi chirurgici individuati, relazione dell'attivita' svolta.		SI- ENTRO IL 31/12/2018
	10.53	Consolidare l'organizzazione dipartimentale dell'IRCCS: Partecipare all'80% delle riunioni dei comitati e delle assemblee indette dal Direttore del Dipartimento.	SI	E	5	5	Evidenza di partecipazione; .		>= 80%
3.1.9	10.56	RETE PEDIATRICA: Collaborare alla formalizzazione del documento Rete Pediatrica Regionale.	SI	E	20	20	Documento contenente anche il modello di governance della Rete inviato alla DCS.		SI- ENTRO IL 31/12/2018
3.5.5	12.5	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: Operativita' dell'Osservatorio epidemiologico.	SI	E	5	5	Reportistica inviata in DCS		SI

Obiettivi di attivita' 2018

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani f.f.**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2017	Soglia
3.2.13	13.5	Mantenere il registro regionale endometriosi.	SI	E	10	10	1. Tenuta del registro regionale di patologia e Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione; 2. Collaborazione nelle valutazioni dei dati del questionario.		1. SI 2. SI
3.2.13	13.21	MIGLIORAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI E DI SORVEGLIANZA: 1.Coordinare, in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, la raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli Venezia Giulia; 2.Restituire i risultati della rilevazione 2016 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende.	SI	E	5	5	1. Rilevazione regionale realizzata; 2. Restituire i dati del 2016, organizzando un evento formativo regionale.		1. SI 2. SI
3.3.4	3.7	RIABILITAZIONE: 1. Consolidare la rete per le malattie neuromuscolari e per la sclerosi laterale amiotrofica; 2. Adottare il PDTA per la presa in carico delle persone con sclerosi multipla; 3. Attivare a livello aziendale la rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica; 4. Attivare a livello aziendale il PDTA per la sclerosi multipla.	NO	D			1. Evidenza di partecipazione alla rete per l'ambito pediatrico di competenza.		1. SI
4.	10.80	Contribuire alle attivita' previste dal piano di lavoro dell'Osservatorio Ambiente Salute.	NO	D			Evidenza di partecipazione alle attivita' dell'Osservatorio.		SI
4.	13.17	Collaborare, per le parti competenza, nei programmi di sorveglianza: OKKio alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesita' in Gravidanza.	NO	D			Evidenza di collaborazione.		
4.	13.18	Collaborare ai programmi ed attivita' regionali di valutazione dell'esperienza dei pazienti nei loro contatti con il Sistema Sanitario Regionale.	NO	D			Evidenza di collaborazione.		

Totale pesi: 100 100

Allegato 3

Budget 2018
assegnato ai centri di risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
300	0	0	0	0	0	ACQUISTI DI BENI											
300	100					Acquisti di beni sanitari		-									
300	100	100				Prodotti farmaceutici ed emoderivati		-									
300	100	100	100			Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	300MEDIC.AIC	3.935.247,00		3.935.247,00							3.935.247,00
300	100	100	200			Medicinali senza AIC	300MED.N.AIC	222.750,00		222.750,00							222.750,00
300	100	100	300			Emoderivati di produzione regionale	300EMOD.REGI	-		-							-
300	100	200				Sangue ed emocomponenti		-		-							-
300	100	200	100			da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) – Mobilità intraregionale		-		-							-
300	100	200	200			da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale		-		-							-
300	100	200	300			da altri soggetti		-		-							-
300	100	300				Dispositivi medici		-		-							-
300	100	300	100			Dispositivi medici	300DISPOSITI	2.768.741,00		2.768.741,00							2.768.741,00
300	100	300	200			Dispositivi medici impiantabili attivi	300DISP.IMP.	515.000,00		515.000,00							515.000,00
300	100	300	300			Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	300DISP.IVD.	1.758.223,00		1.758.223,00							1.758.223,00
300	100	400				Prodotti dietetici	300DIETETICI	15.000,00		15.000,00							15.000,00
300	100	500				Materiali per la profilassi (vaccini)	300M.VACCINI	3.000,00		3.000,00							3.000,00
300	100	600				Prodotti chimici	300P.CHIMIC	8.000,00		8.000,00							8.000,00
300	100	700				Materiali e prodotti per uso veterinario	300VETERINAR	-		-							-
300	100	800				Altri beni e prodotti sanitari	300A.BEN.SAN	681.357,00		681.357,00							681.357,00
300	100	900				Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-		-							-
300	100	900	50			Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale		-		-							-
300	100	900	100			Medicinali senza AIC		-		-							-
300	100	900	150			Emoderivati di produzione regionale		-		-							-
300	100	900	200			Dispositivi medici		-		-							-
300	100	900	250			Dispositivi medici impiantabili attivi		-		-							-
300	100	900	300			Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)		-		-							-
300	100	900	350			Prodotti dietetici		-		-							-
300	100	900	400			Materiali per la profilassi (vaccini)		-		-							-
300	100	900	450			Prodotti chimici		-		-							-
300	100	900	500			Materiali e prodotti per uso veterinario		-		-							-
300	100	900	900			Altri beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-		-							-
300	200					Acquisti di beni non sanitari		-		-							-
300	200	100				Prodotti alimentari	100ALIMENTA	5.000,00		5.000,00							5.000,00
300	200	200				Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	100GUARDAROB	145.000,00		145.000,00							145.000,00
300	200	300				Combustibili, carburanti e lubrificanti	100COMBUSTIB	10.000,00		10.000,00							10.000,00
300	200	400				Supporti informatici e cancelleria		-		-							-
300	200	400	100			Cancelleria e stampati	300CANCELLER	110.000,00		110.000,00							110.000,00
300	200	400	200			Materiali di consumo per l'informatica	300INFORMATI	40.000,00		40.000,00							40.000,00
300	200	400	300			Materiale didattico, audiovisivo e fotografico	300DIDATTICO	10.000,00		10.000,00							10.000,00
300	200	500				Materiale per la manutenzione		-		-							-
300	200	500	100			Materiali ed accessori per beni sanitari	300MAN.B.SAN	20.000,00		20.000,00							20.000,00
300	200	500	200			Materiali ed accessori per beni non sanitari	300MANB.N.SA	-		-							-
300	200	600				Altri beni e prodotti non sanitari	300A.BEN.N.S	40.000,00		40.000,00							40.000,00
300	200	700				Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-		-							-
300	200	700	100			Prodotti alimentari		-		-							-
300	200	700	200			Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere		-		-							-
300	200	700	300			Combustibili, carburanti e lubrificanti		-		-							-
300	200	700	400			Supporti informatici e cancelleria		-		-							-
300	200	700	500			Materiale per la manutenzione		-		-							-
300	200	700	900			Altri beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-		-							-
305	0	0	0	0	0	ACQUISTI DI SERVIZI		-									-
305	100					Acquisti servizi sanitari		-		-							-
305	100	50				Acquisti servizi sanitari per medicina di base		-		-							-
305	100	50	100			- da convenzione		-		-							-
305	100	50	100	10		Costi per assistenza MMG		-		-							-
305	100	50	100	10	5	Quota capitaria nazionale		-		-							-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
305	100	50	100	10	10	Compensi da fondo ponderazione	-										-
305	100	50	100	10	15	Compensi da fondo qualità dell'assistenza	-										-
305	100	50	100	10	20	Compensi da fondo quota capitaria regionale	-										-
305	100	50	100	10	25	Compensi extra derivanti da accordi nazionali	-										-
305	100	50	100	10	30	Compensi da accordi regionali	-										-
305	100	50	100	10	35	Compensi da accordi aziendali	-										-
305	100	50	100	10	40	Premi assicurativi malattia	-										-
305	100	50	100	10	45	Formazione	-										-
305	100	50	100	10	50	Altre competenze	-										-
305	100	50	100	10	55	Oneri sociali	-										-
305	100	50	100	20		Costi per assistenza PLS	-										-
305	100	50	100	20	5	Quota capitaria nazionale	-										-
305	100	50	100	20	10	Compensi da fondo ponderazione	-										-
305	100	50	100	20	15	Compensi da fondo qualità dell'assistenza	-										-
305	100	50	100	20	20	Compensi da fondo quota capitaria regionale	-										-
305	100	50	100	20	25	Compensi extra derivanti da accordi nazionali	-										-
305	100	50	100	20	30	Compensi da accordi regionali	-										-
305	100	50	100	20	35	Compensi da accordi aziendali	-										-
305	100	50	100	20	40	Premi assicurativi malattia	-										-
305	100	50	100	20	45	Formazione	-										-
305	100	50	100	20	50	Altre competenze	-										-
305	100	50	100	20	55	Oneri sociali	-										-
305	100	50	100	30		Costi per assistenza Continuità assistenziale	-										-
305	100	50	100	30	5	Compensi fissi Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna	-										-
305	100	50	100	30	10	Compensi fissi Conv. per emergenza sanitaria territoriale	-										-
305	100	50	100	30	15	Compensi fissi Conv. per ass. guardia medica turistica	-										-
305	100	50	100	30	20	Compensi da accordi regionali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna	-										-
305	100	50	100	30	25	Compensi da accordi regionali Conv. per emergenza sanitaria territoriale	-										-
305	100	50	100	30	30	Compensi da accordi aziendali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna	-										-
305	100	50	100	30	35	Compensi da accordi aziendali Conv. per emergenza sanitaria territoriale	-										-
305	100	50	100	30	40	Altri compensi	-										-
305	100	50	100	30	45	Premi assicurativi malattia Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna	-										-
305	100	50	100	30	50	Premi assicurativi malattia Conv. per emergenza sanitaria territoriale	-										-
305	100	50	100	30	55	Premi assicurativi malattia Conv. per ass. guardia medica turistica	-										-
305	100	50	100	30	60	Oneri sociali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna	-										-
305	100	50	100	30	65	Oneri sociali Conv. per emergenza sanitaria territoriale	-										-
305	100	50	100	30	70	Oneri sociali Conv. per ass. guardia medica turistica	-										-
305	100	50	100	40		Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	-										-
305	100	50	100	40	5	Compensi fissi	-										-
305	100	50	100	40	10	Compensi da fondo ponderazione	-										-
305	100	50	100	40	15	Compensi extra derivanti da accordi nazionali	-										-
305	100	50	100	40	20	Compensi da accordi regionali	-										-
305	100	50	100	40	25	Compensi da accordi aziendali	-										-
305	100	50	100	40	30	Altre competenze	-										-
305	100	50	100	40	35	Oneri sociali	-										-
305	100	50	100	40	40	Medicina fiscale	-										-
305	100	50	200			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale	-										-
305	100	50	300			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale	-										-
305	100	100				Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	-										-
305	100	100	100			- da convenzione	-										-
305	100	100	100	10		Prodotti farmaceutici e galenici	-										-
305	100	100	100	20		Contributi farmacie rurali ed Enpaf	-										-
305	100	100	200			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)- Mobilità intraregionale	-										-
305	100	100	300			- da pubblico (Extraregione)	-										-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
305	100	150				Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale		-									-
305	100	150	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-									-
305	100	150	100	10		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche regionali		-									-
305	100	150	100	20		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche regionali fatturate		530.000,00						530.000,00			530.000,00
305	100	150	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-						-			-
305	100	150	300			- da pubblico (Extraregione)		-						-			-
305	100	150	300	10		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche extraregione in compensazione		-						-			-
305	100	150	300	20		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche extraregione fatturate		640.000,00						640.000,00			640.000,00
305	100	150	400			- da privato - Medici SUMAI		-						-			-
305	100	150	400	10		Compensi fissi		-						-			-
305	100	150	400	20		Compensi da fondo ponderazione		-						-			-
305	100	150	400	30		Compensi extra derivanti da accordi nazionali		-						-			-
305	100	150	400	40		Compensi da accordi regionali		-						-			-
305	100	150	400	50		Compensi da accordi aziendali		-						-			-
305	100	150	400	60		Altre competenze		-						-			-
305	100	150	400	70		Oneri sociali		-						-			-
305	100	150	500			- da privato		-						-			-
305	100	150	500	10		Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati		24.000,00						24.000,00			24.000,00
305	100	150	500	20		Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati		-						-			-
305	100	150	500	30		Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private		-						-			-
305	100	150	500	40		Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati		156.000,00						156.000,00			156.000,00
305	100	150	600			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)		-						-			-
305	100	200				Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa		-						-			-
305	100	200	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-						-			-
305	100	200	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-						-			-
305	100	200	300			- da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione		-						-			-
305	100	200	400			- da privato (Intraregionale)		-						-			-
305	100	200	400	10		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime di ricovero		-						-			-
305	100	200	400	20		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime ambulatoriale		-						-			-
305	100	200	500			- da privato (extraregionale)		-						-			-
305	100	200	500	10		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime di ricovero		-						-			-
305	100	200	500	20		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime ambulatoriale		-						-			-
305	100	250				Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa		-						-			-
305	100	250	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-						-			-
305	100	250	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-						-			-
305	100	250	300			- da pubblico (Extraregione)		-						-			-
305	100	250	400			- da privato - AFIR		-						-			-
305	100	250	400	10		AFIR farmacie convenzionate		-						-			-
305	100	250	400	20		Fornitura ausili per incontinenti		-						-			-
305	100	250	400	30		Ossigeno terapia domiciliare		-						-			-
305	100	250	400	90		AFIR altro		-						-			-
305	100	300				Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica		-						-			-
305	100	300	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-						-			-
305	100	300	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-						-			-
305	100	300	300			- da pubblico (Extraregione)		-						-			-
305	100	300	400			- da privato		-						-			-
305	100	300	400	10		Assist. Protesica indiretta art. 26, c. 3 L. 833/78 e DM 2/3/84		-						-			-
305	100	300	400	20		Servizio supporto gestione assistenza protesica		-						-			-
305	100	350				Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera		-						-			-
305	100	350	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-						-			-
305	100	350	100	10		Acquisto di prestazioni in regime di ricovero (DRG) regionali		-						-			-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
305	100	350	100	20		Acquisto di prestazioni fatturate in regime di ricovero regionali		-									-
305	100	350	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-									-
305	100	350	300			- da pubblico (Extraregione)		-									-
305	100	350	300	10		Acquisto di prestazioni in regime di ricovero (DRG) extra regionali		-									-
305	100	350	300	20		Acquisto di prestazioni fatturate in regime di ricovero extra regionali		-									-
305	100	350	400			- da privato		-									-
305	100	350	400	10		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati		-									-
305	100	350	400	20		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati		-									-
305	100	350	400	30		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private		-									-
305	100	350	400	40		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati		-									-
305	100	350	500			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)		-									-
305	100	400				Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale		-									-
305	100	400	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-									-
305	100	400	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-									-
305	100	400	300			- da pubblico (Extraregione) - non soggette a compensazione		-									-
305	100	400	400			- da privato (intraregionale)		-									-
305	100	400	500			- da privato (extraregionale)		-									-
305	100	450				Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F		-									-
305	100	450	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		-									-
305	100	450	100	10		Rimborso costo farmaci		-									-
305	100	450	100	20		Servizio di distribuzione		-									-
305	100	450	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-									-
305	100	450	300			- da pubblico (Extraregione)		-									-
305	100	450	400			- da privato (intraregionale)		-									-
305	100	450	400	10		Compenso distribuzione per conto (DPC)		-									-
305	100	450	400	90		Altro		-									-
305	100	450	500			- da privato (extraregionale)		-									-
305	100	450	600			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)		-									-
305	100	500				Acquisto prestazioni termali in convenzione		-									-
305	100	500	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		-									-
305	100	500	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-									-
305	100	500	300			- da pubblico (Extraregione)		-									-
305	100	500	400			- da privato		-									-
305	100	500	500			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)		-									-
305	100	550				Acquisto prestazioni di trasporto sanitario		-									-
305	100	550	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		-									-
305	100	550	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-									-
305	100	550	300			- da pubblico (Extraregione)		-									-
305	100	550	400			- da privato		-									-
305	100	550	400	10		Trasporti primari (emergenza)	305TR.PRIMAR	-									-
305	100	550	400	20		Trasporti secondari	305TR.SECOND	15.000,00		15.000,00							15.000,00
305	100	550	400	30		Elisoccorso	305ELISOCOR	-									-
305	100	550	400	40		Trasporti nefropatici	305TR.NEFROP	-									-
305	100	600				Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria		-									-
305	100	600	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		-									-
305	100	600	200			- da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)		-									-
305	100	600	200	10		RSA esterne		-									-
305	100	600	200	20		Rimborso per assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani		-									-
305	100	600	200	30		Abbattimento rette anziani non autosufficienti		-									-
305	100	600	200	90		Altre prestazioni da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)		-									-
305	100	600	300			- da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione		-									-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
305	100	600	400			- da privato (intraregionale)		-									-
305	100	600	400	10		Conv. per ass. ostetrica ed infermieristica		-									-
305	100	600	400	20		Conv. per ass. domiciliare -ADI		-									-
305	100	600	400	30		RSA esterne		-									-
305	100	600	400	40		Rimborso per assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani		-									-
305	100	600	400	50		Abbattimento rette anziani non autosufficienti		-									-
305	100	600	400	60		Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti		-									-
305	100	600	400	70		Convenzioni per attività di consultorio familiare		-									-
305	100	600	400	90		Altre prestazioni da privato (intraregionale)		-									-
305	100	600	500			- da privato (extraregionale)		-									-
305	100	600	500	10		Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti		-									-
305	100	600	500	90		Altre prestazioni da privato (extraregionale)		-									-
305	100	650				Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)		-									-
305	100	650	100			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera		23.209,00					23.209,00				23.209,00
305	100	650	200			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia- Area specialistica		455.128,00					455.128,00				455.128,00
305	100	650	300			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica		-									-
305	100	650	400			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)		-									-
305	100	650	400	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica e veterinaria		915,00					915,00				915,00
305	100	650	400	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		43.977,00					43.977,00				43.977,00
305	100	650	400	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica universitaria		38.733,00					38.733,00				38.733,00
305	100	650	400	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-					-				-
305	100	650	500			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-					-				-
305	100	650	500	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica e veterinaria		76.668,00					76.668,00				76.668,00
305	100	650	500	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		-					-				-
305	100	650	500	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica universitaria		700,00					700,00				700,00
305	100	650	500	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-					-				-
305	100	650	600			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-					-				-
305	100	650	600	5		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo professionale		-					-				-
305	100	650	600	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo tecnico		-					-				-
305	100	650	600	15		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo amministrativo		-					-				-
305	100	650	600	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo sanitario		-					-				-
305	100	650	600	25		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo professionale		-					-				-
305	100	650	600	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo tecnico		-					-				-
305	100	650	600	35		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo amministrativo		-					-				-
305	100	650	600	40		Personale di supporto diretto e indiretto		19.875,00					19.875,00				19.875,00
305	100	650	600	45		Quota di perequazione		37.961,00					37.961,00				37.961,00
305	100	650	600	50		Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-					-				-
305	100	650	600	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-					-				-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
305	100	650	700			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-									-
305	100	650	700	5		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo professionale		-									-
305	100	650	700	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo tecnico		-									-
305	100	650	700	15		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo amministrativo		-									-
305	100	650	700	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo sanitario		-									-
305	100	650	700	25		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo professionale		-									-
305	100	650	700	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo tecnico		-									-
305	100	650	700	35		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo amministrativo		-									-
305	100	650	700	40		Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-									-
305	100	650	700	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-									-
305	100	700				Rimborsi, assegni e contributi sanitari		-									-
305	100	700	100			Contributi ad associazioni di volontariato		-									-
305	100	700	200			Rimborsi per cure all'estero		-									-
305	100	700	300			Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione		-									-
305	100	700	400			Contributo Legge 210/92		-									-
305	100	700	500			Altri rimborsi, assegni e contributi		-									-
305	100	700	500	5		Rimborsi per ricoveri in Italia		-									-
305	100	700	500	10		Rimborsi per altra assistenza sanitaria		-									-
305	100	700	500	15		Contributi ai nefropatici		-									-
305	100	700	500	20		Contributi ai donatori di sangue lavoratori		-									-
305	100	700	500	25		Altri contributi agli assistiti		-									-
305	100	700	500	30		Altri contributi per attività socio - assistenziale		-									-
305	100	700	500	35		Contributi ad enti		857.328,00				857.328,00					857.328,00
305	100	700	500	40		Rimborsi per responsabilità civile		-									-
305	100	700	500	45		Rimborsi per attività delegate della Regione		-									-
305	100	700	500	90		Altri rimborsi, assegni e contributi		25.000,00				25.000,00					25.000,00
305	100	700	600			Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-									-
305	100	700	600	10		Rimborsi per attività delegate della Regione		-									-
305	100	700	600	90		Altri rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		932.543,00						932.543,00			932.543,00
305	100	750				Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie		-									-
305	100	750	100			Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		90.000,00							90.000,00		90.000,00
305	100	750	200			Consulenze sanitarie e sociosan. da terzi - Altri soggetti pubblici		30.000,00							30.000,00		30.000,00
305	100	750	300			Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato		-									-
305	100	750	300	10		Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000		-									-
305	100	750	300	20		Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato		-									-
305	100	750	300	20	5	Compensi diretti per prestazioni aggiuntive al personale del comparto		-									-
305	100	750	300	20	10	Consulenze sanitarie e sociosanitarie da privati		130.000,00							130.000,00		130.000,00
305	100	750	300	20	15	Oneri sociali su consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato		-									-
305	100	750	300	30		Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato		-									-
305	100	750	300	30	5	Personale esterno con contratto di diritto privato - area sanitaria		-									-
305	100	750	300	30	10	Costo contrattisti - area sanitaria		50.000,00				50.000,00					50.000,00
305	100	750	300	30	15	Costo contrattisti - ricerca corrente		823.500,00				823.500,00					823.500,00
305	100	750	300	30	20	Costo contrattisti - ricerca finalizzata		753.568,00				753.568,00					753.568,00
305	100	750	300	40		Indennità a personale universitario - area sanitaria		-				-					-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE
I	II	III	IV	V	VI											
305	100	750	300	40	5	Indennità personale universitario (De Maria)		299.694,00			299.694,00					299.694,00
305	100	750	300	40	10	Oneri sociali		110.887,00			110.887,00					110.887,00
305	100	750	300	50		Lavoro interinale - area sanitaria		80.754,00	80.754,00							80.754,00
305	100	750	300	60		Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria		-			-					-
305	100	750	300	60	5	Costo del personale tirocinante - area sanitaria		-			-					-
305	100	750	300	60	10	Costo borsisti - area sanitaria		-			-					-
305	100	750	300	60	15	Costo borsisti - ricerca corrente		86.925,00			86.925,00					86.925,00
305	100	750	300	60	20	Costo borsisti - ricerca finalizzata		27.450,00			27.450,00					27.450,00
305	100	750	300	60	25	Indennità per commissioni sanitarie		5.000,00			5.000,00					5.000,00
305	100	750	300	60	30	Compensi ai docenti		-			-					-
305	100	750	300	60	35	Assegni studio agli allievi		-			-					-
305	100	750	300	60	40	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria		-			-					-
305	100	750	300	60	90	Oneri sociali su altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria		-			-					-
305	100	750	400			Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando		-			-					-
305	100	750	400	10		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-			-					-
305	100	750	400	20		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università		-			-					-
305	100	750	400	30		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)		-			-					-
305	100	800				Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria		-			-					-
305	100	800		100		Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-			-					-
305	100	800		200		Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione		-			-					-
305	100	800		300		Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)		-			-					-
305	100	800	400			Altri servizi sanitari da privato		-			-					-
305	100	800	400	10		Compensi per sperimentazioni cliniche	305SPERIM.CL	-			-					-
305	100	800	400	90		Altri servizi sanitari da privato	305SER.SA.PR	350.600,00	250.600,00				100.000,00			350.600,00
305	100	800	500			Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva		-		-						-
305	100	850				Costi per differenziale tariffe TUC		-		-						-
305	200					Acquisti di servizi non sanitari		-		-						-
305	200	100				Servizi non sanitari		-		-						-
305	200	100	50			Lavanderia	305LAVANDERI	260.000,00	260.000,00							260.000,00
305	200	100	100			Pulizia	305PULIZIA	990.000,00	990.000,00							990.000,00
305	200	100	150			Mensa	305MENZA	780.000,00	780.000,00							780.000,00
305	200	100	200			Riscaldamento	305RISCALDAM	1.175.000,00	1.175.000,00							1.175.000,00
305	200	100	250			Servizi di assistenza informatica		-			-					-
305	200	100	250	10		Servizio informatico sanitario regionale (SISR)	305SISR	-			-					-
305	200	100	250	20		Elaborazione ricette prescrizioni	305EL.RICETT	-			-					-
305	200	100	250	90		Altri servizi di assistenza informatica	305ASS.INFOR	-			-					-
305	200	100	300			Servizi trasporti (non sanitari)	305TRASP.N.S	260.000,00	260.000,00							260.000,00
305	200	100	350			Smaltimento rifiuti	305SM.RIFIUT	250.000,00	250.000,00							250.000,00
305	200	100	400			UtENZE telefoniche		-		-						-
305	200	100	400	10		Spese telefoniche	305SP.TELEFO	80.000,00	80.000,00							80.000,00
305	200	100	400	20		Internet	305INTERNET	-			-					-
305	200	100	450			UtENZE elettricità	305ELETTRICI	820.000,00	820.000,00							820.000,00
305	200	100	500			Altre utenze		-			-					-
305	200	100	500	10		Acqua	305ACQUA	180.000,00	180.000,00							180.000,00
305	200	100	500	20		Gas	305GAS	1.000,00	1.000,00							1.000,00
305	200	100	500	30		Canoni radiotelevisivi	305CANONI.TV	407,00	407,00							407,00
305	200	100	500	40		Banche dati	305BANCA.DAT	-			-					-
305	200	100	500	50		Altre utenze	305UTENZE.AL	-			-					-
305	200	100	550			Premi di assicurazione		-			-					-
305	200	100	550	10		Premi di assicurazione - R.C. Professionale		-			-					-
305	200	100	550	20		Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi		76.617,00					76.617,00			76.617,00
305	200	100	600			Altri servizi non sanitari		-			-					-
305	200	100	600	10		Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	305A.ASR.N.S	491.321,00	416.321,00	75.000,00						491.321,00
305	200	100	600	20		Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici		-			-					-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE
I	II	III	IV	V	VI											
305	200	100	600	20	5	Altri servizi non sanitari da pubblico	305A.PUB.N.S	-								-
305	200	100	600	20	10	Altri servizi socio - assistenziali da pubblico	305SOC.ASS.P	-								-
305	200	100	600	30		Altri servizi non sanitari da privato		-								-
305	200	100	600	30	5	Servizi di vigilanza	305VIGILANZA	360.000,00	360.000,00							360.000,00
305	200	100	600	30	10	Servizi religiosi	305RELIGIOSI	28.000,00						28.000,00		28.000,00
305	200	100	600	30	15	Spese bancarie	305BANCARIE	-								-
305	200	100	600	30	20	Spese di incasso	305INCASSO	-								-
305	200	100	600	30	25	Spese di rappresentanza	305RAPPRESEN	-								-
305	200	100	600	30	30	Pubblicità e inserzioni	305PUBBLICIT	5.000,00		5.000,00						5.000,00
305	200	100	600	30	35	Altre spese legali	305AL.LEGALI	180.000,00					180.000,00			180.000,00
305	200	100	600	30	40	Spese postali	305SP.POSTAL	25.511,00					25.511,00			25.511,00
305	200	100	600	30	45	Bolli e marche	305BOLL.MAR	2.500,00				2.500,00				2.500,00
305	200	100	600	30	50	Abbonamenti e riviste	305AB.RIVIST	151.900,00		149.900,00					2.000,00	151.900,00
305	200	100	600	30	55	Altre spese generali e amministrative	305AL.AMMINI	27.000,00		27.000,00						27.000,00
305	200	100	600	30	60	Rimborsi spese personale dipendente	305RIMB.PERS	-								-
305	200	100	600	30	65	Altri rimborsi spese	305AL.RIMBOR	71.175,00			71.175,00					71.175,00
305	200	100	600	30	80	Altri servizi socio - assistenziali da privato	305SOC.AS.PR	-								-
305	200	100	600	30	90	Altri servizi non sanitari da privato	305AL.N.S.PR	549.667,00		472.667,00					77.000,00	549.667,00
305	200	200				Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie		-								-
305	200	200	100			Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		2.000,00						2.000,00		2.000,00
305	200	200	200			Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici		-								-
305	200	200	300			Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato		-								-
305	200	200	300	10		Consulenze non sanitarie da privato		-								-
305	200	200	300	10	5	Consulenze fiscali		9.000,00				9.000,00				9.000,00
305	200	200	300	10	10	Consulenze amministrative		-								-
305	200	200	300	10	15	Consulenze tecniche		9.000,00					9.000,00			9.000,00
305	200	200	300	10	20	Consulenze legali		-								-
305	200	200	300	10	90	Altre consulenze non sanitarie da privato		-								-
305	200	200	300	20		Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato		-								-
305	200	200	300	30		Indennità a personale universitario - area non sanitaria		-								-
305	200	200	300	40		Lavoro interinale - area non sanitaria		200.000,00		200.000,00						200.000,00
305	200	200	300	50		Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria		-								-
305	200	200	300	50	10	Costo del personale tirocinante - area non sanitaria		-								-
305	200	200	300	50	20	Personale esterno con contratto di diritto privato - area non sanitaria		25.000,00			25.000,00					25.000,00
305	200	200	300	50	30	Costo borsisti - area non sanitaria		-								-
305	200	200	300	50	40	Indennità per commissioni non sanitarie		-								-
305	200	200	300	50	90	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria		-								-
305	200	200	400			Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando		-								-
305	200	200	400	10		Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-								-
305	200	200	400	20		Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università		-								-
305	200	200	400	30		Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)		-								-
305	200	300				Formazione (esternalizzata e non)		-								-
305	200	300	100			Formazione (esternalizzata e non) da pubblico		2.000,00							2.000,00	2.000,00
305	200	300	200			Formazione (esternalizzata e non) da privato		64.000,00							64.000,00	64.000,00
310	0	0	0	0	0	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)		-								-
310	100					Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	310FABBRICAT	60.000,00	60.000,00							60.000,00
310	200					Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari		-								-
310	200	100				Impianti di trasmissione dati e telefonia	310IMP.TELEF	35.088,00		35.088,00						35.088,00
310	200	200				Impiantistica varia	310IMPANTIST	177.656,00	177.656,00							177.656,00
310	200	300				Altre manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	310A.IMPIANT	-								-
310	300					Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	310ATT.SCIEN	1.120.000,00		1.120.000,00						1.120.000,00
310	400					Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	310MOBILI.AR	1.000,00		1.000,00						1.000,00

I	Livello					VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE
	II	III	IV	V	VI											
310	500					Manutenzione e riparazione agli automezzi	310AUTOMEZZI	7.000,00		7.000,00						7.000,00
310	600					Altre manutenzioni e riparazioni		-		-						-
310	600	100				Attrezzature informatiche	310ATTR.INFO	70.000,00		70.000,00						70.000,00
310	600	200				Software	310SOFTWARE	33.500,00		33.500,00						33.500,00
310	600	300				Altre manutenzioni e riparazioni	310A.MANUTEN	6.000,00		6.000,00						6.000,00
310	700					Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	310MANUT.ASR	-								-
315	0	0	0	0	0	Godimento di beni di terzi		-								-
315	100					Fitti passivi		-								-
315	100	100				Locazioni passive	315LOC.PASS.	28.000,00	26.000,00					2.000,00		28.000,00
315	100	200				Spese condominiali	315SP.CONDOM	9.000,00	9.000,00							9.000,00
315	200					Canoni di noleggio		-								-
315	200	100				Canoni di noleggio - area sanitaria	315NOL.SANIT	165.000,00		165.000,00						165.000,00
315	200	200				Canoni di noleggio - area non sanitaria		-								-
315	200	200	100			Canoni hardware e software	315H&SOFTWARE	6.000,00		6.000,00						6.000,00
315	200	200	200			Canoni fotocopiatrici	315FOTOCOPIA	20.000,00		20.000,00						20.000,00
315	200	200	300			Canoni noleggio automezzi	315AUTOMEZZI	-								-
315	200	200	900			Canoni noleggio altro	315NOLEG.ALT	-								-
315	300					Canoni di leasing		-								-
315	300	100				Canoni di leasing - area sanitaria		-								-
315	300	100	100			Canoni di leasing operativo	315LEAS.S.OP	-								-
315	300	100	200			Canoni di leasing finanziario	315LEAS.S.FI	-								-
315	300	200				Canoni di leasing - area non sanitaria		-								-
315	300	200	100			Canoni di leasing operativo	315LEAS.N.OP	-								-
315	300	200	200			Canoni di leasing finanziario	315LEAS.N.FI	-								-
315	400					Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	315NOLEG.ASR	-								-
320	0	0	0	0	0	Personale del ruolo sanitario		-								-
320	100					Costo del personale dirigente ruolo sanitario		-								-
320	100	100				Costo del personale dirigente medico		-								-
320	100	100	100			Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato		-								-
320	100	100	100	10		Voci di costo a carattere stipendiale		6.039.311,00		6.039.311,00						6.039.311,00
320	100	100	100	20		Retribuzione di posizione		2.119.811,00		2.119.811,00						2.119.811,00
320	100	100	100	30		Indennità di risultato:		-		-						-
320	100	100	100	30	5	Indennità di risultato Dirigenza medica e veterinaria		429.660,00		429.660,00						429.660,00
320	100	100	100	30	10	Indennità di risultato Dirigenza medica universitaria		30.000,00		30.000,00						30.000,00
320	100	100	100	40		Altro trattamento accessorio:		-		-						-
320	100	100	100	40	5	Competenze accessorie Dirigenza medica e veterinaria		344.989,00		344.989,00						344.989,00
320	100	100	100	40	10	Competenze accessorie Dirigenza medica universitaria		10.000,00		10.000,00						10.000,00
320	100	100	100	50		Altri oneri per il personale:		-		-						-
320	100	100	100	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-						-
320	100	100	100	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-						-
320	100	100	100	50	15	Altre competenze Dirigenza medica e veterinaria		6.388,00		6.388,00						6.388,00
320	100	100	100	50	20	Altre competenze Dirigenza medica universitaria		-		-						-
320	100	100	100	90		Oneri sociali su retribuzione:		-		-						-
320	100	100	100	90	5	Oneri sociali Dirigenza medica e veterinaria		2.510.855,00		2.510.855,00						2.510.855,00
320	100	100	100	90	10	Oneri sociali Dirigenza medica universitaria		11.200,00		11.200,00						11.200,00
320	100	100	200			Costo del personale dirigente medico - tempo determinato		-		-						-
320	100	100	200	10		Voci di costo a carattere stipendiale		902.488,00		902.488,00						902.488,00
320	100	100	200	20		Retribuzione di posizione		316.588,00		316.588,00						316.588,00
320	100	100	200	30		Indennità di risultato:		-		-						-
320	100	100	200	30	5	Indennità di risultato Dirigenza medica e veterinaria		68.685,00		68.685,00						68.685,00
320	100	100	200	30	10	Indennità di risultato Dirigenza medica universitaria		-		-						-
320	100	100	200	40		Altro trattamento accessorio:		-		-						-
320	100	100	200	40	5	Competenze accessorie Dirigenza medica e veterinaria		53.044,00		53.044,00						53.044,00
320	100	100	200	40	10	Competenze accessorie Dirigenza medica universitaria		-		-						-
320	100	100	200	50		Altri oneri per il personale:		-		-						-
320	100	100	200	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-						-
320	100	100	200	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-						-
320	100	100	200	50	15	Altre competenze Dirigenza medica e veterinaria		2.000,00		2.000,00						2.000,00
320	100	100	200	50	20	Altre competenze Dirigenza medica universitaria		-		-						-
320	100	100	200	90		Oneri sociali su retribuzione:		-		-						-
320	100	100	200	90	5	Oneri sociali Dirigenza medica e veterinaria		376.815,00		376.815,00						376.815,00
320	100	100	200	90	10	Oneri sociali Dirigenza medica universitaria		-		-						-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
320	100	100	300			Costo del personale dirigente medico - altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
320	100	200				Costo del personale dirigente non medico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
320	100	200	100			Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
320	100	200	100	10		Voci di costo a carattere stipendiale	821.500,00			821.500,00							821.500,00
320	100	200	100	20		Retribuzione di posizione	128.164,00			128.164,00							128.164,00
320	100	200	100	30		Indennità di risultato	49.574,00			49.574,00							49.574,00
320	100	200	100	40		Altro trattamento accessorio	15.434,00			15.434,00							15.434,00
320	100	200	100	50		Altri oneri per il personale personale dirigente non medico:	-			-							-
320	100	200	100	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti	-			-							-
320	100	200	100	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione	-			-							-
320	100	200	100	50	15	Altre competenze personale dirigente non medico	847,00			847,00							847,00
320	100	200	100	90		Oneri sociali su retribuzione	289.993,00			289.993,00							289.993,00
320	100	200	200			Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	-			-							-
320	100	200	200	10		Voci di costo a carattere stipendiale	129.751,00			129.751,00							129.751,00
320	100	200	200	20		Retribuzione di posizione	20.243,00			20.243,00							20.243,00
320	100	200	200	30		Indennità di risultato	7.830,00			7.830,00							7.830,00
320	100	200	200	40		Altro trattamento accessorio	2.438,00			2.438,00							2.438,00
320	100	200	200	50		Altri oneri per il personale personale dirigente non medico:	-			-							-
320	100	200	200	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti	-			-							-
320	100	200	200	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione	-			-							-
320	100	200	200	50	15	Altre competenze personale dirigente non medico	-			-							-
320	100	200	200	90		Oneri sociali su retribuzione	45.803,00			45.803,00							45.803,00
320	100	200	300			Costo del personale dirigente medico - altro	-			-							-
320	200					Costo del personale comparto ruolo sanitario	-			-							-
320	200	100				Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	-			-							-
320	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	6.944.321,00			6.944.321,00							6.944.321,00
320	200	100	200			Straordinario	64.227,00			64.227,00							64.227,00
			300			Indennità personale	1.435.381,00			1.435.381,00							1.435.381,00
320	200	100	400			Retribuzione per produttività personale	540.710,00			540.710,00							540.710,00
320	200	100	500			Altro trattamento accessorio	620.970,00			620.970,00							620.970,00
320	200	100	600			Altri oneri per il personale:	-			-							-
320	200	100		5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti	-			-							-
320	200	100		10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione	-			-							-
				15		Altri oneri per il personale	35.440,00			35.440,00							35.440,00
320	200	100	700			Oneri sociali su retribuzione	2.700.666,00			2.700.666,00							2.700.666,00
320	200	200				Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	-			-							-
320	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	848.655,00			848.655,00							848.655,00
320	200	200	200			Straordinario	7.849,00			7.849,00							7.849,00
320	200	200	300			Indennità personale	175.429,00			175.429,00							175.429,00
320	200	200	400			Retribuzione per produttività personale	66.079,00			66.079,00							66.079,00
320	200	200	500			Altro trattamento accessorio	75.888,00			75.888,00							75.888,00
320	200	200	600			Altri oneri per il personale:	-			-							-
320	200	200		5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti	-			-							-
320	200	200		10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione	-			-							-
320	200	200		15		Altri oneri per il personale	1.600,00			1.600,00							1.600,00
320	200	200	700			Oneri sociali su retribuzione	330.048,00			330.048,00							330.048,00
320	200	300				Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	-			-							-
325	0	0	0	0	0	Personale del ruolo professionale	-			-							-
325	100					Costo del personale dirigente ruolo professionale	-			-							-
325	100	100				Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	-			-							-
325	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	85.760,00			85.760,00							85.760,00
325	100	100	200			Retribuzione di posizione	36.193,00			36.193,00							36.193,00
325	100	100	300			Indennità di risultato	6.317,00			6.317,00							6.317,00
325	100	100	400			Altro trattamento accessorio	-			-							-
325	100	100	500			Altri oneri per il personale:	-			-							-
325	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti	-			-							-
325	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione	-			-							-
325	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo professionale	55.489,00			55.489,00							55.489,00
325	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione	38.052,00			38.052,00							38.052,00
325	100	200				Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	-			-							-

I	Livello					VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE
	II	III	IV	V	VI											
325	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		42.873,00			42.873,00					42.873,00
325	100	200	200			Retribuzione di posizione		133,00			133,00					133,00
325	100	200	300			Indennità di risultato		3.158,00			3.158,00					3.158,00
325	100	200	400			Altro trattamento accessorio		-			-					-
325	100	200	500			Altri oneri per il personale:		-			-					-
325	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-					-
325	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-					-
325	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo professionale		-			-					-
325	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione		14.063,00			14.063,00					14.063,00
325	100	300				Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro		-			-					-
325	200					Costo del personale comparto ruolo professionale		-			-					-
325	200	100				Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato		-			-					-
325	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		-			-					-
325	200	100	200			Straordinario		-			-					-
325	200	100	300			Indennità personale		-			-					-
325	200	100	400			Retribuzione per produttività personale		-			-					-
325	200	100	500			Altro trattamento accessorio		-			-					-
325	200	100	600			Altri oneri per il personale:		-			-					-
325	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-					-
325	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-					-
325	200	100	600	15		Altri oneri per il personale		-			-					-
325	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione		-			-					-
325	200	200				Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato		-			-					-
325	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		-			-					-
325	200	200	200			Straordinario		-			-					-
325	200	200	300			Indennità personale		-			-					-
325	200	200	400			Retribuzione per produttività personale		-			-					-
325	200	200	500			Altro trattamento accessorio		-			-					-
325	200	200	600			Altri oneri per il personale:		-			-					-
325	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-					-
325	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-					-
325	200	200	600	15		Altri oneri per il personale		-			-					-
325	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione		-			-					-
325	200	300				Costo del personale comparto ruolo professionale - altro		-			-					-
330	0	0	0	0	0	Personale del ruolo tecnico		-			-					-
330	100					Costo del personale dirigente ruolo tecnico		-			-					-
330	100	100				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato		-			-					-
330	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		43.069,00			43.069,00					43.069,00
330	100	100	200			Retribuzione di posizione		12.109,00			12.109,00					12.109,00
330	100	100	300			Indennità di risultato		2.225,00			2.225,00					2.225,00
330	100	100	400			Altro trattamento accessorio		-			-					-
330	100	100	500			Altri oneri per il personale:		-			-					-
330	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-					-
330	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-					-
330	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo tecnico		391,00			391,00					391,00
330	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione		20.718,00			20.718,00					20.718,00
330	100	200				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato		-			-					-
330	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		-			-					-
330	100	200	200			Retribuzione di posizione		-			-					-
330	100	200	300			Indennità di risultato		-			-					-
330	100	200	400			Altro trattamento accessorio		-			-					-
330	100	200	500			Altri oneri per il personale:		-			-					-
330	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-					-
330	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-					-
330	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo tecnico		-			-					-
330	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione		-			-					-
330	100	300				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro		-			-					-
330	200					Costo del personale comparto ruolo tecnico		-			-					-
330	200	100				Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato		-			-					-
330	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		2.293.857,00			2.293.857,00					2.293.857,00

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
330	200	100	200			Straordinario		11.040,00			11.040,00						11.040,00
330	200	100	300			Indennità personale		161.753,00			161.753,00						161.753,00
330	200	100	400			Retribuzione per produttività personale		162.948,00			162.948,00						162.948,00
330	200	100	500			Altro trattamento accessorio		108.166,00			108.166,00						108.166,00
330	200	100	600			Altri oneri per il personale:		-			-						-
330	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-						-
330	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-						-
330	200	100	600	15		Altri oneri per il personale		1.725,00			1.725,00						1.725,00
330	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione		755.910,00			755.910,00						755.910,00
330	200	200				Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato		-			-						-
330	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		134.533,00			134.533,00						134.533,00
330	200	200	200			Straordinario		648,00			648,00						648,00
330	200	200	300			Indennità personale		9.463,00			9.463,00						9.463,00
330	200	200	400			Retribuzione per produttività personale		9.557,00			9.557,00						9.557,00
330	200	200	500			Altro trattamento accessorio		6.344,00			6.344,00						6.344,00
330	200	200	600			Altri oneri per il personale:		-			-						-
330	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-						-
330	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-						-
330	200	200	600	15		Altri oneri per il personale		376,00			376,00						376,00
330	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione		44.327,00			44.327,00						44.327,00
330	200	200	300			Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro		-			-						-
335	0	0	0	0	0	Personale del ruolo amministrativo		-			-						-
335	100					Costo del personale dirigente ruolo amministrativo		-			-						-
335	100	100				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato		-			-						-
335	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		129.355,00			129.355,00						129.355,00
335	100	100	200			Retribuzione di posizione		72.897,00			72.897,00						72.897,00
335	100	100	300			Indennità di risultato		5.698,00			5.698,00						5.698,00
335	100	100	400			Altro trattamento accessorio		34,00			34,00						34,00
335	100	100	500			Altri oneri per il personale:		-			-						-
335	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-						-
335	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-						-
335	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo amministrativo		424,00			424,00						424,00
335	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione		43.250,00			43.250,00						43.250,00
335	100	200				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato		-			-						-
335	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		86.237,00			86.237,00						86.237,00
335	100	200	200			Retribuzione di posizione		322,00			322,00						322,00
335	100	200	300			Indennità di risultato		3.799,00			3.799,00						3.799,00
335	100	200	400			Altro trattamento accessorio		23,00			23,00						23,00
335	100	200	500			Altri oneri per il personale:		-			-						-
335	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-						-
335	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-						-
335	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo amministrativo		66,00			66,00						66,00
335	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione		28.833,00			28.833,00						28.833,00
335	100	300				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro		-			-						-
335	200					Costo del personale comparto ruolo amministrativo		-			-						-
335	200	100				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato		-			-						-
335	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		1.247.441,00			1.247.441,00						1.247.441,00
335	200	100	200			Straordinario		2.973,00			2.973,00						2.973,00
335	200	100	300			Indennità personale		287.870,00			287.870,00						287.870,00
335	200	100	400			Retribuzione per produttività personale		67.434,00			67.434,00						67.434,00
335	200	100	500			Altro trattamento accessorio		1.907,00			1.907,00						1.907,00
335	200	100	600			Altri oneri per il personale:		-			-						-
335	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-						-
335	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-						-
335	200	100	600	15		Altri oneri per il personale		466,00			466,00						466,00
335	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione		506.599,00			506.599,00						506.599,00
335	200	200				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato		-			-						-
335	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		39.377,00			39.377,00						39.377,00
335	200	200	200			Straordinario		94,00			94,00						94,00
335	200	200	300			Indennità personale		9.068,00			9.068,00						9.068,00

I	Livello					VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE
	II	III	IV	V	VI											
335	200	200	400			Retribuzione per produttività personale		2.129,00			2.129,00					2.129,00
335	200	200	500			Altro trattamento accessorio		60,00			60,00					60,00
335	200	200	600			Altri oneri per il personale:		-			-					-
335	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-			-					-
335	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-			-					-
335	200	200	600	15		Altri oneri per il personale		23,00			23,00					23,00
335	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione		15.986,00			15.986,00					15.986,00
335	200	300				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro		-			-					-
340	0	0	0	0	0	Oneri diversi di gestione		-			-					-
340	100					Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)		-			-					-
340	100	100				Imposte di registro		-			-					-
340	100	200				Imposte di bollo		20.000,00				20.000,00				20.000,00
340	100	300				Tasse di concessione governative		2.000,00				2.000,00				2.000,00
340	100	400				Imposte comunali		99.000,00				99.000,00				99.000,00
340	100	500				Tasse di circolazione automezzi		1.029,00				1.029,00				1.029,00
340	100	600				Permessi di transito e sosta		300,00				300,00				300,00
340	100	900				Imposte e tasse diverse		4.000,00				4.000,00				4.000,00
340	200					Perdite su crediti		-			-					-
340	300					Altri oneri diversi di gestione		-			-					-
340	300	100				Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale		-			-					-
340	300	100	100			Compensi agli organi direttivi e di indirizzo		-			-					-
340	300	100	100	10		Indennità		583.449,00			583.449,00					583.449,00
340	300	100	100	30		Oneri sociali		166.339,00			166.339,00					166.339,00
340	300	100	100	90		Altri compensi Organi direttivi e di indirizzo		-			-					-
340	300	100	200			Compensi al collegio sindacale		-			-					-
340	300	100	200	10		Indennità		46.016,00			46.016,00					46.016,00
340	300	100	200	30		Oneri sociali		11.323,00			11.323,00					11.323,00
340	300	100	200	90		Altri compensi Collegio sindacale		-			-					-
340	300	100	300			Compensi ad altri organismi		-			-					-
340	300	100	300	10		Indennità		7.200,00			7.200,00					7.200,00
340	300	100	300	30		Oneri sociali		1.181,00			1.181,00					1.181,00
340	300	100	300	90		Altri compensi ad altri organismi		-			-					-
340	300	200				Altri oneri diversi di gestione		-			-					-
340	300	200	100			Premi di assicurazione personale dipendente		-			-					-
340	300	200	200			Contravvenzioni e sanzioni amministrative		-			-					-
340	300	200	900			Altri oneri diversi di gestione		-			-					-
345	0	0	0	0	0	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali		-			-					-
345	100					Ammortamento Costi di impianto e ampliamento		-			-					-
345	200					Ammortamento Costi di ricerca, sviluppo		-			-					-
345	300					Ammortamento Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno derivanti dall'attività di ricerca		-			-					-
345	400					Ammortamento Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno altro		6.506,00				6.506,00				6.506,00
345	500					Ammortamento Concessioni, licenze, marchi e diritti simili		-			-					-
345	600					Ammortamento Migliorie su beni di terzi		-			-					-
345	700					Ammortamento Pubblicità		-			-					-
345	900					Ammortamento altre immobilizzazioni immateriali		-			-					-
350	0	0	0	0	0	Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali		-			-					-
350	100					Ammortamento dei fabbricati		-			-					-
350	100	100				Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)		45.272,00				45.272,00				45.272,00
350	100	200				Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)		375.532,00				375.532,00				375.532,00
350	200					Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali		-			-					-
350	200	100				Ammortamento Impianti e macchinari		85.231,00				85.231,00				85.231,00
350	200	200				Ammortamento Attrezzature sanitarie e scientifiche		1.234.842,00				1.234.842,00				1.234.842,00
350	200	300				Ammortamento mobili e arredi		114.059,00				114.059,00				114.059,00
350	200	400				Ammortamento automezzi		17.067,00				17.067,00				17.067,00
350	200	500				Ammortamento altre immobilizzazioni materiali		197.655,00				197.655,00				197.655,00
355	0	0	0	0	0	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti		-			-					-
355	100					Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali		-			-					-
355	100	100				Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali		-			-					-
355	100	100	100			Svalutazione costi di impianto e di ampliamento		-			-					-
355	100	100	200			Svalutazione costi di ricerca e sviluppo		-			-					-
355	100	100	300			Svalutazione diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno		-			-					-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
355	100	100	400			Svalutazione altre immobilizzazioni immateriali		-									-
355	100	200				Svalutazione delle immobilizzazioni materiali		-									-
355	100	200	50			Svalutazione terreni disponibili		-									-
355	100	200	100			Svalutazione terreni indisponibili		-									-
355	100	200	150			Svalutazione fabbricati disponibili		-									-
355	100	200	200			Svalutazione fabbricati indisponibili		-									-
355	100	200	250			Svalutazione impianti e macchinari		-									-
355	100	200	300			Svalutazione attrezzature sanitarie e scientifiche		-									-
355	100	200	350			Svalutazione mobili e arredi		-									-
355	100	200	400			Svalutazione automezzi		-									-
355	100	200	450			Svalutazione oggetti d'arte		-									-
355	100	200	500			Svalutazione altre immobilizzazioni materiali		-									-
355	200					Svalutazione dei crediti		-									-
355	200	100				Svalutazione Crediti finanziari v/Stato		-									-
355	200	101				Svalutazione Crediti finanziari v/Regione		-									-
355	200	102				Svalutazione Crediti finanziari v/partecipate		-									-
355	200	103				Svalutazione Crediti finanziari v/altri		-									-
355	200	200				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - Integrazione a norma del D.L.vo 56/2000		-									-
355	200	201				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - FSN		-									-
355	200	202				Svalutazione Crediti v/Stato per mobilità attiva extraregionale		-									-
355	200	203				Svalutazione Crediti v/Stato per mobilità attiva internazionale		-									-
355	200	204				Svalutazione Crediti v/Stato per acconto quota fabbisogno sanitario regionale standard		-									-
355	200	205				Svalutazione Crediti v/Stato per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente		-									-
355	200	206				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - altro		-									-
355	200	207				Svalutazione Crediti v/Stato per finanziamenti per investimenti		-									-
355	200	208				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca corrente - Ministero della Salute		-									-
355	200	209				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca finalizzata - Ministero della Salute		-									-
355	200	210				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca - altre Amministrazioni centrali		-									-
355	200	211				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca - finanziamenti per investimenti		-									-
355	200	300				Svalutazione Crediti v/prefetture		-									-
355	200	400				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - IRAP		-									-
355	200	401				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - Addizionale IR		-									-
355	200	402				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per quota FSR		-									-
355	200	403				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva intraregionale		-									-
355	200	404				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva extraregionale		-									-
355	200	405				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per acconto quota FSR		-									-
355	200	406				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo		-									-
355	200	407				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo		-									-
355	200	408				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro		-									-
355	200	409				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca		-									-
355	200	410				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamenti per investimenti		-									-
355	200	411				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo dotazione		-									-
355	200	412				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite		-									-
355	200	413				Svalutazione Crediti v/Regione per copertura debiti al 31/12/2005		-									-
355	200	414				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricostituzione risorse da investire		-									-
355	200	415				Svalutazione Crediti v/Comuni		-									-
355	200	416				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per mobilità in competenza		-									-
355	200	500				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per mobilità non in competenza		-									-
355	200	600				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni		-									-
355	200	601				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - acconto quota FSR da coprire		-									-
355	200	602				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche Extraregione		-									-
355	200	603				Svalutazione Crediti v/enti regionali		-									-
355	200	700				Svalutazione Crediti v/sperimentazioni gestionali		-									-
355	200	701				Svalutazione Crediti v/altre partecipate		-									-
355	200	702				Svalutazione Crediti v/Erario		-									-
355	200	900				Svalutazione Crediti v/clienti privati		-									-
355	200	901				Svalutazione Crediti v/gestioni liquidatorie		-									-
355	200	902				Svalutazione Crediti v/altri soggetti pubblici		-									-
355	200	903				Svalutazione Crediti v/altri soggetti pubblici per ricerca		-									-
355	200	990				Svalutazione Altri crediti diversi		-									-
360	0	0	0	0	0	Variazione delle rimanenze		-									-
360	100					Variazione rimanenze sanitarie		-									-
360	200					Variazione rimanenze non sanitarie		-									-
365	0	0	0	0	0	Accantonamenti dell'esercizio		-									-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
365	100					Accantonamenti per rischi		-									-
365	100	100				Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali		-									-
365	100	200				Accantonamenti per contenzioso personale dipendente		-									-
365	100	300				Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato		-									-
365	100	400				Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)		-									-
365	100	500				Altri accantonamenti per rischi		-									-
365	100	500	100			Accantonamenti al F.do equo indennizzo		-									-
365	100	500	200			Accantonamenti per accordi bonari		-									-
365	100	500	900			Altri accantonamenti per rischi		-									-
365	200					Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)		-									-
365	200	100				Accantonamento al fondo SUMAI - Specialisti ambulatoriali		-									-
365	200	200				Accantonamento al fondo SUMAI - altre professioni		-									-
365	300					Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati		-									-
365	300	100				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato		-									-
365	300	200				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati		-									-
365	300	300				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca		-									-
365	300	400				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati		-									-
365	300	400	100			Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati - sperimentazioni		-									-
365	300	400	200			Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati - altro	30.000,00					30.000,00					30.000,00
365	400					Altri accantonamenti		-									-
365	400	100				Accantonamenti per interessi di mora		-									-
365	400	200				Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA		-									-
365	400	300				Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai		-									-
365	400	400				Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica	199.702,00			199.702,00							199.702,00
365	400	500				Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica	31.515,00			31.515,00							31.515,00
365	400	600				Acc. Rinnovi contratt.: comparto	304.753,00			304.753,00							304.753,00
365	400	700				Altri accantonamenti		-									-
365	400	700	100			Accantonamento personale in quiescenza		-									-
365	400	700	200			Accantonamento al fondo altri oneri e spese		-									-
370	0	0	0	0	0	Interessi passivi		-									-
370	100					Interessi passivi su anticipazioni di cassa		-									-
370	200					Interessi passivi su mutui		-									-
370	300					Altri interessi passivi		-									-
370	300	100				Interessi moratori e legali		-									-
370	300	900				Altri interessi passivi		-									-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2018	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE	
I	II	III	IV	V	VI												
375	0	0	0	0	0	Altri oneri		-									-
375	100					Altri oneri finanziari		-									-
375	200					Perdite su cambi		-									-
380	0	0	0	0	0	Svalutazioni per rettifiche di valori di attività finanziarie		-									-
390	0	0	0	0	0	Oneri straordinari		-									-
390	100					Minusvalenze		-									-
390	200					Altri oneri straordinari		-									-
390	200	100				Oneri tributari da esercizi precedenti		-									-
390	200	200				Oneri da cause civili ed oneri processuali		-									-
390	200	300				Sopravvenienze passive		-									-
390	200	300	100			Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-									-
390	200	300	100	10		Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche relative alla mobilità intraregionale		-									-
390	200	300	100	20		Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-									-
390	200	300	200			Sopravvenienze passive v/terzi		-									-
390	200	300	200	10		Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale		-									-
390	200	300	200	20		Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale		-									-
390	200	300	200	20	5	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica		-									-
390	200	300	200	20	10	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica		-									-
390	200	300	200	20	15	Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto		-									-
390	200	300	200	30		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		-									-
390	200	300	200	40		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		-									-
390	200	300	200	50		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati		-									-
390	200	300	200	60		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		-									-
390	200	300	200	90		Altre sopravvenienze passive v/terzi		-									-
390	200	400				Insussistenze passive		-									-
390	200	400	100			Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-									-
390	200	400	200			Insussistenze passive v/terzi		-									-
390	200	400	200	10		Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale		-									-
390	200	400	200	20		Insussistenze passive v/terzi relative al personale		-									-
390	200	400	200	30		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		-									-
390	200	400	200	40		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		-									-
390	200	400	200	50		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati		-									-
390	200	400	200	60		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		-									-
390	200	400	200	70		Altre insussistenze passive v/terzi		-									-
390	200	500				Altri oneri straordinari		-									-
400	0	0	0	0	0	IRAP		-									-
400	100					IRAP relativa a personale dipendente		2.325.270,00			2.325.270,00						2.325.270,00
400	200					IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente		157.129,00			157.129,00						157.129,00
400	300					IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)		48.304,00					48.304,00				48.304,00
400	400					IRAP relativa ad attività commerciale		-									-
405	0	0	0	0	0	IRES		-									-
405	100					IRES su attività istituzionale		25.000,00			25.000,00						25.000,00
405	200					IRES su attività commerciale		-									-
410	0	0	0	0	0	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)		-									-
Totale costi								67.150.985,00	2.808.656,00	15.988.555,00	41.356.312,00	3.121.321,00	1.066.598,00	2.662.543,00	147.000,00		67.150.985,00