

SCHEDA OBIETTIVI DIRETTORI

SOC/SOSD/SOS IN STAFF

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi
1	Equilibrio economico finanziario	Rispetto dell'importo del budget per beni e servizi, assegnato tenuto conto del Bilancio di Previsione 2019 (iimporto comprensivo della spesa farmaceutica).
2	Governo produzione	Produzione (ricoveri + prestazioni ambulatoriali)
3	Obiettivo specifico proposto da Struttura	

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi
4	Obiettivi Regionali	Messa in atto obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale e declinati ai Direttori di Struttura.
5	Elogi/reclami	Comunicazione dell'attività della Struttura (almeno n. 1 iniziativa di comunicazione all'anno) – Per i reclami che pervengono occorre una tempestiva risposta ai chiarimenti richiesti dall'U.R.P., (da inviare entro 10 giorni dal ricevimento della lettera dell'U.R.P).
6	Azioni strategiche aziendali	Rispetto dei contenuti e della tempistica di invio dei flussi informativi regionali e/o nazionali (prestazioni di ricovero ed ambulatoriali) e rispetto degli adempimenti per la dematerializzazione.

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi
7	Governo clinico/Qualità/Appropriatezza/Rischio clinico	Si rinvia alla scheda allegata.
8	U.P.R.I.	Messa in atto interventi previsti dall'U.P.R.I.
9	Salute e sicurezza lavoro	Relazione in merito agli interventi messi in atto nel 2019 in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato, con particolare attenzione: – al rispetto della normativa in materia di rischio antincendio; – alla formazione sulla sicurezza ed alla applicazione di quanto previsto dal gruppo aziendale sulla sicurezza.

	Obiettivi strategici	Obiettivi operativi
10	Prevenzione corruzione/miglioramento trasparenza	Collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nel P.T.P.C.T 2019-2021-aggiornamento 2019. Si ricomprende tra le azioni: -conclusione del corso FAD anche da parte dei propri collaboratori - compilazione di 2 relazioni utilizzando uno schema proposto dal RPCT.

NOTE

La sezione 7 della scheda obiettivi 2019, riferita all'area "Governo clinico - qualità-accreditamento-rischio clinico", rinvia ad una ulteriore scheda che ricomprende (*):

- la messa in atto delle indicazioni regionali per la gestione del rischio clinico e delle disposizioni fornite dall'Unità di Gestione del Rischio Clinico dell'ASL VCO;
- l'applicazione degli adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 - 2485 del 23.11.2015), tenendo conto dei relativi indicatori e standard;
- il rispetto degli standard previsti nel Piano Nazionale Esiti (PNE);
- la messa in atto delle 18 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente;
- l'applicazione del Percorso Nascita con riguardo al Dipartimento Materno Infantile;
- l'applicazione del Manuale del Ministero della Salute per la sicurezza in sala operatoria con riguardo al Dipartimento delle Patologie Chirurgiche.