

OBIETTIVI 2023 STRUTTURE SANITARIE - DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA
DIPARTIMENTO AREA MEDICA SPECIALISTICA
SCDO CARDIOLOGIA

Allegato 1 Schede Obiettivi

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione)*	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		10%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	Riduzione degenza media ** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	10%
	Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6 h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Presenza Referente medico per le ICA	Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
%PTCA entro 0-2-gg di ricovero STEMI		Mantenimento valore 2019 (88%) o comunque ≥ 85%	5%
Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	10%
*Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			
** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SCDO MEDICINA FISICA -NEURORIAB

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso).	a)Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	>= 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	25%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO		10%
	Rispetto standard regionale		25%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	15%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Presenza Referente medico per le ICA	Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

SCDO Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Estensione a 7 giorni su 7 dell'esecuzione in biologia molecolare di test per la ricerca rapida di patogeni MDR nelle alte e basse vie aeree	A) raggiungimento pari al 100% se numero test/anno > 50 B)raggiungimento pari all'80% se numero test anno fra 20 e 50 C)raggiugimento pari al 50% se numero test/anno < 20		50%
esecuzione in giornata di tutti i tamponi del prericovero pervenuti in laboratorio	tamponi refertati in giornata/ tamponi pervenuti in giornata	100%	50%

SCDO NEUROLOGIA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 costi diretti ≤ 2022 b) Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		20%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	Riduzione degenza media ** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	10%
	Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6 h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Presenza Referente medico per le ICA	Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	5%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			
** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SCDO PNEUMOLOGIA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		15%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	Riduzione degenza media ** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	15%
	Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6 h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Presenza Referente medico per le ICA	Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	5%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			
** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SCDU PSICHIATRIA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a)Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	Riduzione degenza media ** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	10%
	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6 h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10%
Presenza Referente medico per le ICA	Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			
** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SSD ASMA GRAVE E MALATTIE RARE DEL POLMONE

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	15%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO		10%
	Rispetto standard regionale		30%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	15%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	15%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

SSD LAB. FISIO. RESPIRATORIA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	25%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		35%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	15%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	10%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

SSD PATOLOGIE NEUROLOGICHE SPECIALISTICHE

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	Riduzione degenza media ** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	15%
	Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6 h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5%
Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	5%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			
** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SSD PNEU. INTERVENTISTICA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	15%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	20%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO		10%
	Rispetto standard regionale		35%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	20%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

SSD SERVIZIO TRASFUSIONALE

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	15%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	20%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO		15%
	Rispetto standard regionale		25%
Promozione e partecipazione al progetto: "Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Numero di pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% del numero di interventi in elezione anno 2023	25%
*Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

**OBIETTIVI 2023 STRUTTURE SANITARIE DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA
DIPARTIMENTO AREA MEDICA E ONCOLOGIA
SCDO GERIATRIA**

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso).	a)Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	>= 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	*** Riduzione degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	10%
	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6 h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			
*** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SCDU MEDICINA INTERNA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso).	a)Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	*** Riduzione degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	10%
	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6 /h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			
** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SCDU ANATOMIA PATOLOGICA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Screening Oncologici	Produzione dei volumi prestazionali di screening oncologico previsti dall'aASL TO3		50%
Mantenimento tempi medi di refertazione anno 2019 per campioni di screening di I e II livello per carcinoma collo dell'utero, della mammella e del colon retto; campioni citologici derivanti da attività di radiologia interventistica; campioni biotici di pertinenza del'endoscopia digestiva e della broncoscopia	Report tempi di refertazione 2023 vs 2019	= 2019	50%

SCDU Medicina Interna ad Inderizzo Ematologico / SSD Terapia Onco Emat.Intens. Tra. CSE

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso).	a)Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	>= 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	>= 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	Riduzione degenza media ** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	10%
	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			
** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SCDU ONCOLOGIA MEDICA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		15%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	Riduzione degenza media ** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	15%
	Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6 /h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5%
Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Relazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	5%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2022.	5%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			
** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SCDO MECAU

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore
Miglioramento percorsi interni di ricovero	Riduzione del numero di ricoveri attraverso la definizione di percorsi interni concordati o di progetti specifici	% ricoveri ≤ 2022
Incremento utilizzo percorsi territoriali rispetto al 2022	% utilizzo percorsi territoriali / numero ricoveri	≥ 2022
Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding (Individuazione, in collaborazione con le Medicine, di uno o più indicatori relativi all'appropriatezza dei ricoveri)	Attuazione misure di miglioramento previste nel Piano di sovraffollamento./ Definizione indicatori appropriatezza ricoveri entro aprile 2023 e applicazione sperimentale entro 31.12.2023 Relazione congiunta con DMPO	Evidenza documentale trimestrale delle misure adottate
	Tempo medio di permanenza in PS per pazienti dimessi direttamente da PS (esclusi pazienti ricoverati in OBI)	≤ 6 ore
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta	
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit
Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Relazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori

SCDU RADIODIAGNOSTICA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a)Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 costi diretti ≤ 2022 b) Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	>= 100%	15%
Raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati anno 2019) - Con prestazioni della Medicina Nucleare rapportate al periodo di effettiva apertura del servizio per ristrutturazione	Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	>= 100% anno 2019	25%
Riapertura accessi diretti	Evidenza documentale		30%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			

SS RADIOTERAPIA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglor valore produzione tra anni 2021 e 2022 costi diretti ≤ 2022 b) Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	15%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII) **	≥ 100%	30%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		10%
	Rispetto standard regionale		45%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			

SSD DIETOLOGIA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	20%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII) **	≥ 100%	30%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		30%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	15%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			

SSD ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	25%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
Screening oncologici	Produzione dei volumi prestazionali di screening oncologico previsti dall'ASL TO3		20%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			

SS Malattie Metaboliche Diabetologia

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	15%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	25%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	15%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	15%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			

SSD MICROCITEMIA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso).	a)Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	25%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		15%
	Rispetto standard regionale		25%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	15%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	10%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			

SSD ONCOLOGIA POLMONARE

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	Riduzione degenza media ** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022)	Riduzione 1%	15%
	Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	≤ 6 /h	
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	15%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	10%
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2022	5%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			
** Fatti salvi i casi di outlayer motivati			

SSD WEEK DAY H - INTERNISTICO

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Incremento ricoveri in Day Hospital	Report predisposto dal Controllo di Gestione	+ 3% anno 2019	50%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	50%

SSD NEFROLOGIA

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso).	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	25%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali. Relazione Direttore del Dipartimento e SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		30%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	15%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	15%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento			

COUNSELING GENETICO

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	40%
Verifica corretta imputazione flussi C e C5 relativi alle analisi genetiche	Report finale prodotto dai SII		60%

**OBIETTIVI 2023 STRUTTURE SANITARIE - DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA
DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA E INTENSIVA
SCDU ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	20%
Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid	< anno 2022	15%
% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS	Collaborazione con SCU Ortopedia ed SS Sale Operatorie per programmazione sale	> 70%	10%
Donazioni d'Organo	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	10%
		20-40% morti encefaliche segnalate in Rianimazione /n.decessi in Rianimazione con patologia compatibile.	10%
		tasso di opposizione alla donazione di organi in Rianimazione al ≤ 33% delle segnalazioni di morte encefalica in Rianimazione.	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	10%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	5%

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso),	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		20%
Incremento prelievi cornee	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale. Relazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥ 19 donatori	10%
Raggiungimento Interventi (prestazioni ambulatoriali complesse) anno 2019		N.interventi (prestazioni ambulatoriali complesse) 2023 ≥ 2019 Fatturato 2023 ≥ 2019	15%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica		≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata	
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	10%
* Eventuali incrementi di produzione devono comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore a i ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso),	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		20%
Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	15% (5% Ginecologia)
Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	10%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	5%
Screening oncologici (per Dirigenti Medici di Ginecologia)	Produzione dei volumi prestazionali di screening oncologico previsti dall'ASL TO3		10% (solo per Ginec)
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica		≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata	
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	5%
* Eventuali incrementi di produzione devono comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore a i ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso),	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 costi diretti ≤ 2022 b) Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		15%
Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	15%
Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	10%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	10%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica		≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata	
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	5%
* Eventuali incrementi di produzione devono comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore a i ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso),	a) Miglor valore produzione tra anni 2021 e 2022 costi diretti ≤ 2022 b) Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	a)Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	20%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		10%
	Rispetto standard regionale		25%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica		≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata	
Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	15%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	10%
* Eventuali incrementi di produzione devono comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore a i ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso),	a)Miglior valore tra anni 2019 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	a)Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	15%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		15%
Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	15%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	5%
% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS	Collaborazione con SCU Anestesia e Rianimazione e SS Sale Operatorie per programmazione sale	> 70%	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	5%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica		≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata	
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	5%

* Eventuali incrementi di produzione devono comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore a i ricavi, rispetto all'anno di riferimento.

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso),	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	 >= 100%	 20%
Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	a)Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	 >= 100%	 20%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		25%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Tempo medio di permanenza (boarding)in PS	Report finale DMPO	≤ 6 h	5%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	10%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica		≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata	
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
* Eventuali incrementi di produzione devono comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore a i ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso),	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 b) costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	10%
Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	20%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO		5%
	Rispetto standard regionale		20%
Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	≥ 100% anno 2019	20%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	10%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	5%
Presenza referente medico per le ICA	Individuazione /conferma referente con nota scritta		10%
Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica		≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata	
Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale	Pazienti valutati anno 2023 per avvio a percorso PBM ≥ 2% pazienti candidati ad interventi in elezione anno 2023	5%
* Eventuali incrementi di produzione devono comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore a i ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica, per quanto di competenza, di R.O.,D.H, Ambulatoriale, Pronto Soccorso),	a) Miglior valore produzione tra anni 2021 e 2022 costi diretti ≤ 2022 b) Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione) *	≥ 100%	15%
Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti, per quanto di competenza, dal Controllo di Gestione/SII)	≥ 100%	20%
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO		10%
	Rispetto standard regionale		35%
Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento	>1% anno 2022	5%
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	15%
* Eventuali incrementi di produzione devono comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore a i ricavi, rispetto all'anno di riferimento.			

SSD SALE OPERATORIE

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2023 ≥ 2019 - Relazione finale DMPO (dati forniti dal dal Controllo di Gestione)	>= 100% anno 2019	50%
% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS	Collaborazione con SCDU Anestesia e Rianimazione e SCDU Ortopedia per programmazione sale	> 70%	50%

SSD DAY WEEK SURGERY

Obiettivo	Indicatore	misura indicatore	Peso
Partecipazione agli obiettivi della SCDU Generale	Vedasi specifici indicatori		70%
Ottimizzazione percorsi chirurgici finalizzati ad un utilizzo ottimale dei PL Week Surgery (in particolare quelli afferenti alla SCDU Oftalmologia)	Evidenza documentale azioni attuate		30%

SC DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO/ SS UPRI/SS RISK MANAGEMENT/SS QUALITA'		
OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio recupero volumi attività ($\geq 100\%$ miglior valore tra anni 2019 e 2022) Produzione report finale	10%
Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazione economica,di R.O.,D.H, Ambulatoriale,Pronto Soccorso), con contenimento dei costi	Miglior valore tra anni 2019 e 2022/ Costi diretti ≤ 2022 Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG *	10%
Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	10%
Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019,2020, 2021, 2022)/Tempo di permanenza in PS ($\leq 6/h$)	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	10%
Incremento $> 1\%$ anno 2022 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	5%
Tempo medio di permanenza (boarding)in PS ($\leq 6 h$) con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	10%
Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali	5%
	Rilevazione su boarding e audit clinico assistenziale e organizzativo almeno mensile tra le unità operative coinvolte ai fini della riduzione del boarding, in collaborazione con MECAU, in relazione al piano di gestione del sovraffollamento	5%
Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid. Monitoraggio e Report finale	10%
Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	10%
Check list di verifica, nelle diverse aree ospedaliere, della adozione delle misure aziendali previste per il miglioramento della qualità dell'assistenza	Applicazione Check list. Effettuazione almeno 2 visite/anno per struttura.Individuazione delle criticità e proposte di miglioramento. Evidenza documentale	5%

Adesione, da parte delle Strutture Sanitarie, al programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Monitoraggio obiettivo assegnato alle strutture e report finale	5%
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%
* Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento		

FUNZIONE SERVIZIO SOCIALE

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Attivazione dei percorsi di continuità ospedale - territorio, in collaborazione con il NOOC	Percorsi attivati/percorsi richiesti ≥ 90%	50%
Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere = 100%	50%

PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA SS UPRI

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Monitoraggio corretta applicazione delle precauzioni aggiuntive nei pazienti colonizzati/infetti con germi MDR (Multi Drug Resistent)	Realizzazione almeno 50 audit nelle strutture di degenza a seguito di alert dei microrganismi multiresistenti. Produzione verbali su richiesta dell'OIV	50%
Monitoraggio applicazione delle procedure aziendali sulla prevenzione del rischio infettivo	Realizzazione almeno n. 1 audit sull'applicazione delle procedure nel 100% strutture sanitarie	50%

SS MEDICO COMPETENTE

OBIETTIVO	NOTA INDICATORE	PESO
Riduzione arretrato sulla trasmissione cartella sanitaria e di rischio al dipendente cessato (D.Lgs 81/08)	80% cartelle trasmesse	40%
Riduzione arretrato sulla trasmissione documentazione sanitaria radioesperti all'Ispettorato del Lavoro - Roma	80% cartelle trasmesse	40%
Attuazione misure prevenzione corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	20%

SCDO FARMACIA

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Valutazione del corretto approvvigionamento e della gestione dei farmaci e dei dispositivi presso le strutture	Almeno n.1 Audit di appropriatezza per struttura, produzione verbali su richiesta dell'OIV	20 % (Dirigenti Farmacisti)
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	15 % (Dirigenti Farmacisti)
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024 Relazione/Attestazione del Direttore Amministrativo	15 % Personale Comparto non Sanitario 20 % Dirigenti Farmacisti
Mantenimento importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel triennio 2019-2020-2021	€ 22.042.403,00 (o successivo importo comunicato dalla Regione)	40% (Dirigenti Farmacisti)
Verifica degli ordini non fatturati elencati dalla SC Economico Finanziaria	Completamento della verifica per l'esercizio 2022 al 07.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento/cancellazione degli ordini dal bilancio	35% Personale Comparto non Sanitario
Rispetto tempistica liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione delle fatture - Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	35 % Personale Comparto non Sanitario *
Attuazione misure prevenzione corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	15% Personale Comparto non Sanitario 5% Dirigenti Farmacisti
* il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90% delle fatture/relazione della Struttura		

Obiettivi Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione

Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso
Coordinamento gruppi di lavoro per predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Report che evidenzi il percorso attuato e i documenti prodotti		10%
Coordinamento dello studio di sorveglianza di un set di esiti assistenziali	Report dello studio di sorveglianza degli esiti assistenziali		30%
Coordinamento del progetto di implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	Report del processo di implementazione del modello assistenziale con riferimento agli indicatori del progetto		30%
Coordinamento del progetto per l'implementazione di un modello assistenziale personalizzato (Primary Nursing), attraverso l'adozione di azioni organizzative e formative specifiche	Report del processo di implementazione del modello assistenziale personalizzato con riferimento agli indicatori del progetto		30%

Collaboratori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva

Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso
Predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Produzione di un documento che evidenzi le modalità per gestire l'assenza		50% Sala operatoria Centrale sterilizzazione Pre ricovero DH Urologia Terapia antalgica Amb. Proctologia
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022. Report Controllo di Gestione /SII		50% DH urologia Terapia antalgica Amb. Proctologia
Inserimento personale infermieristico e di supporto attraverso l'adozione del piano di formazione con il rispetto dei tempi previsti	n. Infermieri formati nel rispetto del piano di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri inseriti Standard $\geq 80\%$		50% Sala Operatoria
Sorveglianza degli eventi avversi nei processi di lavoro con attuazione di audit in caso di evento occorso	N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi avversi occorsi Standard $\geq 80\%$		50% Centrale sterilizzazione
Revisione del percorso del paziente sottoposto a chirurgia maggiore, nella fase del pre ricovero sulla base del modello ERAS	Documentazione sul percorso definito		50 % Pre ricovero
Predisposizione di un documento in cui si evidenzino i comportamenti a rischio di trasmettere infezioni da MDR in terapia intensiva	Evidenza del documento		50% Rianimazione
Sorveglianza di un set di esiti assistenziali	Applicazione del protocollo di studio di sorveglianza degli esiti assistenziali Nomina di un Referente Infermieristico di struttura		50% Tutte le strutture di degenza

Implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel secondo semestre 2023	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50.% Urologia
Avvio del processo di implementazione di un modello assistenziale personalizzato (Primary Nursing), attraverso l'adozione di azioni organizzative e formative specifiche	N. Infermieri formati per Primary Nursing/n. Infermieri assegnati > 80% Riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro avviati => almeno un incontro a trimestre	Evidenza dei percorsi formativi attuati Verbalì delle riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro, con le presenze degli operatori	50% Strutture di degenza (esclusa Urologia e Rianimazione)

Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia

Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso
Predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Produzione di un documento che evidenzi le modalità per gestire l'assenza		50.% Microcitemie DH Ematologia Nefrologia e Dialisi DH Oncologia Medica e Polmonare Amb. Diabetologia DH Internistico Anatomia patologica Radiologia Pronto soccorso
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022. Report Controllo di Gestione /SII		50.% Microcitemie DH Ematologia DH Oncologia Medica e Polmonare Amb. Diabetologia DH Internistico Radiologia Nutrizione clinica e Dietologia
Informatizzazione delle richieste pasto dei pazienti ricoverati	Report che evidenzi il percorso attuato e l'avvio del processo di informatizzazione delle richieste pasto dei pazienti ricoverati		50% Nutrizione clinica e Dietologia
Revisione dell'organizzazione dei percorsi diagnostici nella fase di taglio dei campioni istologici, finalizzata alla riduzione di eventi avversi	Riduzione delle non conformità 2023 rispetto al 2022		50% Anatomia patologica
Sorveglianza di un set di esiti assistenziali	Applicazione del protocollo di studio di sorveglianza degli esiti assistenziali Nomina di un Referente Infermieristico di struttura		50.% Tutte le strutture di degenza + Pronto soccorso

Implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel secondo semestre 2023	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50% Medicina Interna – Dialisi
Avvio del processo di implementazione di un modello assistenziale personalizzato (Primary Nursing), attraverso l'adozione di azioni organizzative e formative specifiche	N. Infermieri formati per Primary Nursing/n. Infermieri assegnati > 80% Riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro avviati => almeno un incontro a trimestre	Evidenza dei percorsi formativi attuati Verbalì delle riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro, con le presenze degli operatori	50% Strutture di degenza (escluse Medicina interna e Dialisi)

Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica

Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso
Predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Produzione di un documento che evidenzi le modalità per gestire l'assenza		50% DH Cresm Amb. Neurologia Servizio Trasfusionale Centro Endoscopico Amb FPR Amb. Cardio Emodinamica Amb e DH MFNR Laboratorio Analisi
Raggiungimento/implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Miglior valore tra anni 2019 e 2022. Report Controllo di Gestione /SII		50% DH Cresm Amb. Neurologia Centro Endoscopico Amb FPR Amb. Cardio Emodinamica Amb e DH MFNR Laboratorio Analisi
Predisposizione di una procedura, in condivisione con SC Neurologia, per l'attività di aferesi nei pazienti con diagnosi neurologiche	Evidenza della Procedura elaborata		50% Servizio Trasfusionale
Sorveglianza di un set di esiti assistenziali	Applicazione del protocollo di studio di sorveglianza degli esiti assistenziali Nomina di un Referente Infermieristico di struttura		50% Tutte le strutture di degenza
Implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati Standard= > 60% nel secondo semestre 2023	Evidenza della presa in carico del paziente all'Infermiere referente/primary	50% MFNR – Psichiatria – Neurologia

Avvio del processo di implementazione di un modello assistenziale personalizzato (Primary Nursing), attraverso l'adozione di azioni organizzative e formative specifiche	N. Infermieri formati per Primary Nursing/n. Infermieri assegnati > 80% Riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro avviati => almeno un incontro a trimestre	Evidenza dei percorsi formativi attuati Verbali delle riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro, con le presenze degli operatori	50% Strutture di degenza (esclusa Psichiatria, MFNR e Neurologia)
--	--	---	---

**Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e
Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)**

Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso
Predisposizione di una procedura per la gestione dell'assenza a garanzia del prosieguo dell'attività del servizio	Produzione di un documento che evidenzi le modalità per gestire l'assenza		50%
Sorveglianza degli eventi avversi nei processi di lavoro con attuazione di audit in caso di evento occorso	N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi avversi occorsi Standard $\geq 80\%$		50%

OBIETTIVI 2023 - SPECIALISTI AMBULATORIALI			
STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO
SCDO Neurologia	Implementazione /raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati anno 2019	vedere indicatori SCDO Neurologia	60%
	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)		20%
	Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)		20%
SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	1) Valutazione e individuazione dei caregivers dei pazienti oncologici che, oltre ad affrontare il disagio emotivo dovuto alla malattia, hanno in carico figli/nipoti minori da gestire nelle comunicazioni di diagnosi e prognosi infausta	Colloqui psicologici : almeno 15 prestazioni - cod. catalogo 94.09.4	50%
	2) Applicazione di trattamento psicologico in almeno 10 casi ritenuti, dalle valutazioni del precedente obiettivo, fragili e complessi	2) Trattamenti psicologici specialistici, almeno 30 prestazioni (cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio e trattamenti specialistici ad altri pazienti (almeno 400 prestazioni)	50%
SCDO Pneumologia - Specialista Psicologia Clinica - Centro Fibrosi Cistica	1) Valutazione e trattamento psicologico dei pazienti adulti afferenti al Centro Fibrosi cistica in regime ambulatoriale e/o di ricovero ospedaliero in presenza e/o in telemedicina	Colloquio psicologico clinico : almeno 590 prestazioni di cui almeno 50 in telemedicina	60%
	2) Somministrazione testistica specifica di screening	Somministrazione test psicometrici GAD-7 ,PHQ-9,CFQ-R versione per adolescenti e adulti: almeno 45 valutazioni	20%
	3) Valutazione trattamento psicologico e follow up attraverso il colloquio psicologico clinico dei caregivers dei pazienti affetti da fibrosi cistica (in regime ambulatoriale e/o di ricovero ospedaliero)in presenza e/o in telemedicina	Colloquio psicologico clinico pazienti e caregivers di monitoraggio della situazione clinica e trattamento psicologico : almeno 45 prestazioni	20%

OBIETTIVI 2023- PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI

DIPARTIMENTO	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO
Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti gli specializzandi afferenti all'AOU San Luigi	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale con scadenza accertamenti ed accertamenti effettuati.Evidenza delle segnalazioni effettuate in caso di mancati accertamenti	50%
	Monitoraggio formazione in materia di sicurezza degli specializzandi iscritti al 1° anno o comunque per i quali l'attestato sia scaduto	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale , con evidenza azioni intraprese in caso di mancata formazione	50%

OBIETTIVI 2023 -DIRETTORI DIPARTIMENTI STRUTTURALI

DIPARTIMENTO	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO
Area Chirurgica ed Intensiva	1) Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	70%
	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche	30%
		b) relativi verbali	
Area Medica Specialistica	1) Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	70%
	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche (obiettivo su base annuale)	30%
		b) relativi verbali	
Area Medica ed Oncologia	1) Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	70%
	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche (obiettivo su base annuale)	30%
		b) relativi verbali	

S.C.RISORSE UMANE

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) <u>Budget di spesa</u> : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	30%
	b) <u>Budget straordinario</u> : 1) Provvedimento di assegnazione budget straordinario 2) Produzione reports strutture al 31.12.2023	10%
Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	5%
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	10%
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	10%
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	10%
Valutazione Stress Lavoro Correlato (SLC)	Estrapolazione e trasmissione dati richiesti dal Servizio Prevenzione e Protezione Attestazione Servizio Prevenzione e Protezione	10%
Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	10% *
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

S.C.RISORSE UMANE

CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE		
Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	25%
	b) Budget straordinario : Report al 31.12.2023	10%
Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	5%
Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	10% (*)
Revisione di due procedure in materia di formazione	Presenza di documenti revisionati	10%
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	10%
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	15%
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	10%
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE		
Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) <u>Budget di spesa</u> : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	Coordinatore/tutor (20%) Amministrativi (10%)
	b) <u>Budget straordinario</u> : Report al 31.12.2023	Coordinatore/tutor (20%) Amministrativi (10%)
Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento, volta a liberare gli spazi	Amministrativi (5%)
Programmazione, gestione e monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei tirocinanti CLI e TRP – I anno di corso	Completamento percorso della sorveglianza sanitaria per l'acquisizione dell'idoneità fisica degli studenti CLI e TRP - I anno di corso, prima dell'immissione in tirocinio. 100% studenti accertati prima dell'inizio del tirocinio	Amministrativi (10%)
Laboratorio di simulazione teorico pratica studenti del 1°,2°,3° anno per rendere lo studente capace di applicare il ragionamento clinico in scenari simulati e riportare nella realtà clinica la competenza acquisita	Soddisfazione degli studenti misurata attraverso un questionario validato "Satisfaction with simulation experience" scale (SSE): presenza almeno del 50% dei questionari compilati	Coordinatore/tutor (20%) Amministrativi (5%)
Interprofessional clerkship : integrazione attività studenti dei Corsi di Medicina e di Infermieristica per favorire l'interprofessionalità e la formazione tra pari	Apprendimento da parte degli studenti di medicina di tecniche infermieristiche specifiche e per gli studenti infermieri assunzione del ruolo di guida. Svolgimento: n. 1 giornata di presentazione, n. 8 giornate di laboratorio presso il centro di simulazione, n. 4 giornate nei reparti, n. 2 giornate di conclusione lavori.	Coordinatore/tutor (20%)
Digitalizzazione delle schede di valutazione dei tirocini degli studenti	Creazione di un archivio digitale delle schede di tutti gli studenti a partire dalla coorte di immatricolazione 2020/21	Coordinatore/tutor (20%) Amministrativi (10%)
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	Amministrativi (15%)
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	Amministrativi (10 %)
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	Amministrativi (10 %)
Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione. Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	Amministrativi (10 %) *
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	Amministrativi (5 %)

OBIETTIVI AGGIUNTIVI PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA		
OBIETTIVO	INDICATORE	QUOTA ANNO 2023 (rapporto di lavoro a tempo pieno)
Monitoraggio carriere studentesche	a) Effettuazione di almeno n. 100 colloqui nel corso del 2023 b) Report relativo all'analisi di almeno 10 carriere studentesche c) Attestazione del Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica	€. 1500,00
Favorire l'avvicinamento degli studenti al Corso di Laurea in Infermieristica attraverso incontri con studenti del IV e V anno delle scuole superiori	a) Realizzazione di almeno n. 3 incontri in presenza b) Report delle attività svolte al 31.12.2023 c) Attestazione del Coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica	€. 1500,00

(*) il peso è così distribuito:

- a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF
b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura

S.C. PROVVEDITORATO ECONOMATO

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Monitoraggio del budget di spesa e rispetto del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	20%
	b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	5%
Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione	10% (*)
Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento, volta a liberare gli spazi	5%
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	10%
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	15%
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	15%
Gestione delle procedure di affidamento aziendale nell'ambito dei progetti "Sanità Digitale 1" e "Grandi apparecchiature sanitarie" PNRR, come da matrice delle competenze definite	Predisposizione atti nel rispetto del cronoprogramma aziendale. Attestazione del Direttore Amministrativo	15%
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

(*) il peso è così distribuito:

a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF

b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90% delle fatture / Relazione della struttura

SC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Determinazione dei budget di spesa delle strutture e rispetto del budget delle ore straordinarie assegnate.	1) Provvedimento di assegnazione budget di spesa 2) Raccolta report trimestrali di monitoraggio della spesa e relazioni delle strutture su interventi correttivi, ove necessari 3) Valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione	15%
	Budget straordinario: Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	5%
Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	5%
Applicazione nuovo regolamento libera professione	Adozione entro 15/04/2023 regolamento e cronoprogramma . Applicazione secondo il cronoprogramma, per quanto di competenza	10%
Utilizzo ed implementazione nuova procedura gestione servizi di tesoreria Unicredit (moduli UnitesoroWeb e Tesoro WebSign)	Utilizzo, al 31.12.2023, della nuova procedura (in sostituzione procedura TLQ) Attestazione del Direttore Amministrativo	15%
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	15%
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	Entro 30.06.2023 inserimento nuovi conti e relative autorizzazioni di spesa in OLIAMM Contabilità	10%
Regolarizzazione ordini non fatturati	1) invio, entro 2 gg dall'adozione del provvedimento di assegnazione obiettivi, dell'elenco ordini non fatturati alle strutture coinvolte 2) Valutazione finale con la Direzione Aziendale, da effettuarsi in tempo utile per consentire le relative rilevazioni in bilancio prima della chiusura del consuntivo 2022	10%
Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione)	Report SC Gestione Economico Finanziaria	10%
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

SS CONTROLLO DI GESTIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Misurazione dell'efficienza del processo produttivo attraverso l'analisi comparata dei costi e dei ricavi riconducibili ad una specifica unità produttiva, data dal rapporto tra output (produzione attribuita) e input (fattori produttivi impiegati)	1) report trimestrali su andamento produttività 100% delle strutture 2) report finale al 31.12.2023 (riferito ai dati 01/01/23 - 30/09/23)	50%
Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativa alla completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24	Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2023 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII	25%
1) Integrazione, nel report economico sperimentale, dei volumi di attività (produzione monitorata) per struttura 2) Pubblicazione report economico sperimentale sulla Intranet Aziendale	1) entro 30.06.2023 2) entro il bimestre successivo al trimestre di riferimento	25%

SC TECNICO

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	5%
	b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	5%
Realizzazione PL di terapia intensiva/terapia sub intensiva , interventi di adeguamento del Pronto soccorso	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR	15%
Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione	10% (*)
Piano Investimenti Aziendale : attivazione di tutte le procedure stabilite nel Programma dei Lavori	Rispetto del cronoprogramma definito con la Direzione Generale. Report avallati dalla Direzione	15%
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	10%
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	5%
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	5%
Attuazione procedure e attività di competenza relative ai progetti PNRR	Predisposizione degli atti ed esecuzione delle attività propedeutiche all'installazione di apparecchiature e infrastrutture di rete, nel rispetto del cronoprogramma aziendale	15%
Smaltimento cartaceo documentazione	Modifica, entro il 30.04.2023, posizionamento scaffalature (come da sopralluogo del 16/12/2022)	5%
	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	5%
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%
(*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura		

S.S. SISTEMI INFORMATIVI ED INFORMATICI

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	10%
	b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	5%
Digitalizzazione documenti sanitari ed implementazione FSE	Definizione del protocollo entro il 30/06/2023 per i controlli quali-quantitativi sui documenti inviati a FSE. Elaborazione del report di sintesi dei controlli da luglio e invio mensile dei medesimi alla Direzione Sanitaria	15%
	Avvio degli interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HD7 C'DA R2 entro la tempistica regionale.	10%
Installazione infrastrutture di rete	Installazione di 2 armadi di rete su 5	10%
Implementazione AQ Sanità Digitale 1	Analisi e configurazione di base degli ambienti tecnologici e applicativi	15%
Rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	Rendicontazione su Regis allineata allo stato di avanzamento di tutte le procedure previste nell'elenco deliberato dei progetti	10%
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	5%
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	5%
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	5%
Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione	5% (*)
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%
(*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90% delle fatture / Relazione della struttura		

S.S. INGEGNERIA CLINICA

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	15%
	b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	5%
Monitoraggio delle attività svolte nell'ambito del "Servizio di Gestione delle Apparecchiature Elettromedicali"	Produzione di reportistica semestrale circa la verifica del rispetto dei livelli di servizio contrattualmente previsti	10%
Attivazione delle procedure previste dal PNRR	Attivazione del 100% delle adesioni agli AQ Consip che si renderanno disponibili per acquisti di grandi apparecchiature	15%
Avvio installazione apparecchiature previste dal PNRR	Avvio dell'installazione di almeno n. 2 grandi apparecchiature entro il 31/12/2023	15%
Rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	Rendicontazione su Regis allineata allo stato di avanzamento di tutte le procedure previste nell'elenco deliberato dei progetti	10%
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	5%
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	5%
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	5%
Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione	10% (*)
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%
(*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90% delle fatture / Relazione della struttura		

SS ATTIVITA' AMMINISTRATIVA AREA SANITARIA E RELAZIONI ESTERNE

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	15%
	b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	5%
Adozione ed applicazione nuovo regolamento libera professione	Adozione entro 15/04/2023 regolamento e cronoprogramma . Applicazione secondo il cronoprogramma, per quanto di competenza	20%
Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	5% (*)
Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	5%
Centralizzazione delle attività amministrative a supporto dei servizi sanitari	1) cronoprogramma entro 30.04.2023 2) Attivazione di almeno una fase del processo di centralizzazione entro 31.12.2023	10%
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	5%
Revisione procedura e standardizzazione modalità recupero crediti correlati alle prestazioni sanitarie	1) Entro 30.06.2023 : Revisione procedura con indicazione nuove modalità operative 2) Entro 30.09.2023 : diffusione procedura a tutto il personale coinvolto (segreterie accettazione) 3) Entro 31.12.2023 : presentazione cronoprogramma recupero di tutti i crediti anni precedenti 4) Recupero 100% codici bianchi dal 2019	10%
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	10%
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	10%

SS ATTIVITA' AMMINISTRATIVA AREA SANITARIA E RELAZIONI ESTERNE

Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%
--	--	----

Settore Comunicazione Informazione – URP

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Gestione aggiornamenti, sul sito intranet aziendale, delle aree dedicate alla comunicazione	Pubblicazioni effettuate nei tempi richiesti- concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste = 100% Evidenza tempistica pubblicazioni	30%
Supporto all'utenza per le attività di disdetta prenotazioni	1) Richieste evase entro la giornata successiva alla presa in carico/ricieste pervenute = 100% 2) Assenza di reclami dell'utenza	25%
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno 1 audit di verifica	10%
Aggiornamento procedura gestione reclami, con definizione tempistica	1) Evidenza documento aggiornato 2) Rispetto tempistica	20%
Revisione procedura e standardizzazione modalità recupero crediti correlati alle prestazioni sanitarie	1) Entro 30.06.2023 : Revisione procedura con indicazione nuove modalità operative 2) Entro 30.09.2023 : diffusione procedura a tutto il personale coinvolto (segreteria accettazione) 3) Entro 31.12.2023 : presentazione cronoprogramma recupero di tutti i crediti anni precedenti 4) Recupero 100% codici bianchi dal 2019	15%
(*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura		

SS AFFARI GENERALI E LEGALI

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio della spesa da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	15%
	b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	5%
Smaltimento cartaceo della documentazione depositata presso i locali " ex autorimessa"	1) Comunicazioni trimestrali e relativi solleciti alle strutture, con richiesta di applicazione della nuova procedura approvata nel 2022	25%
	2) Attivazione procedure smaltimento per il 100% delle richieste pervenute	
	3) Produzione documento relativo all'analisi ed allo studio di fattibilità di un progetto di assegnazione alle strutture di specifici spazi, ove sussistano le condizioni di sicurezza	
Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	5% (*)
Verifica di tutti gli ordini non fatturati elencati dalla SC Gestione Economico Finanziaria	Completamento della verifica entro il 7.04.2023 e relativa comunicazione alla SC Gestione Economico Finanziaria, con indicazione delle motivazioni / assenza motivazioni per il mantenimento / cancellazione degli ordini dal bilancio	10%
Passaggio da OLIAMM ad AMCO	Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	10%
Adozione nuovo piano dei conti regionale (determina n. 55/A1 400A/2023 del 16/01/2023)	1) Entro 31.05.2023 completamento verifica anagrafica 2) Utilizzo esclusivo, a far tempo dal 01.07.2023, dei nuovi conti in sostituzione di quelli eliminati	10%
Procedura gestione sinistri rientranti nella franchigia frontale fissa aziendale	1) Studio ed approvazione procedura entro 30.05.2023 ed attivazione dal 01.06.2023	15%
	2) Gestione richieste danni soggette a nuova procedura: 100% dal 01/06/2023. Report finale	
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%
(*) il peso è così distribuito: a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura		

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Aggiornamento DVR AMIANTO	1) acquisizione dati entro 30.07.2023 2) aggiornamento DVR entro 30/11/2023 3) Pubblicazione nella cartella DVR entro 20/12/2023 4) Informazione ai DDL, Direttori, Preposti entro 31/12/2023	45%
Aggiornamento DVR Attrezzature di Lavoro		
Valutazione Stress Lavoro Correlato (SLC)	Raccolta ed elaborazione dei dati prodotti da tutte le strutture. Evidenza valutazione SLC di almeno 10 gruppi omogenei	30%
Ottenimento "sconto "premio assicurativo INAIL	Evidenza attività di sensibilizzazione delle strutture coinvolte e monitoraggio delle relative attività	20%
Attuare misure in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%