

VALIDAZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE - ANNO 2023

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AOU San Luigi di Orbassano, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. c), del D.Lgs 150/2009 e s.m.i:

- a) esaminata l'allegata relazione;
- b) valutata la corrispondenza dei contenuti della stessa con quanto riportato nei verbali dal medesimo redatti;
- c) verificata la corretta applicazione di quanto previsto nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'Azienda

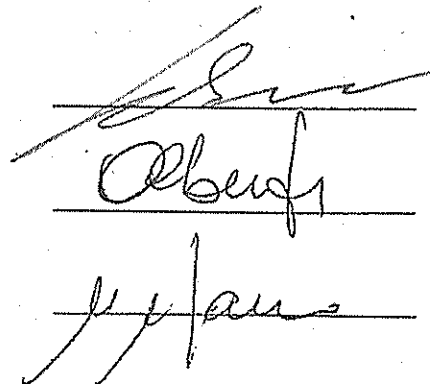
valida la Relazione sulla Performance 2023.

Orbassano, 15 LUG 2024

Dott. Lorenzo SOLA

Dott.ssa Grazia Maria ALBERICO

Prof.ssa Maria Michela GIANINO



The image shows three handwritten signatures, each written over a horizontal line. The top signature is a cursive script, the middle one is more stylized and appears to be 'Alberico', and the bottom one is also cursive. These signatures likely correspond to the three individuals listed to the left: Dott. Lorenzo SOLA, Dott.ssa Grazia Maria ALBERICO, and Prof.ssa Maria Michela GIANINO.

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



*Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano*

FRONTESPIZIO LETTERA

PROTOCOLLO N. 11193/2024 DEL 25/06/2024

CLASSIFICAZIONE 01-01-07-03 - /

OGGETTO: RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2023

Con la presente si consegna copia analogica a stampa, tratta, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3/bis, comma 4/bis ed all'art. 23 del D.Lgs 82/2005, dal documento informatico sottoscritto con firma digitale, predisposto e conservato presso l'Amministrazione in conformità al D.Lgs. 82/2005 (C.A.D.) identificato con HASH, indicato/i in calce, dell'atto in oggetto e dei suoi allegati.

Allegati:

- LETTERA_PROT_2024_11193.pdf.p7m
36DF8C588EB94D43264A0625E42BEEF7F4BF47F433AFBECEDCFFE0BDBCEF45896
F6E68CF885C688B5DF984A0B2D9F13ECC346D1C4A28534F447167DFB321FBD2
- Relazione DG a OIV su performance 2023.pdf.p7m
39DBDB58BA3893E7AB678DD97D21906622F3E3A4CA04C122075DFA7B4879A8437
C2A5ABA81338B24166329FE1AB3A9D27FF56C7D592DC093243A8D24407BAE6B
- FILE RIASSUNTIVO OB 2023 21 GIUGNO 2024 complessivo.pdf.p7m
40056C6685DE23979317266C1B5FE85A075B4BF71B6A6D1C5DFA1DA7F376BD23FE
B108FC16DFFA9D741D951B7F13516A394501EA04CBCD8EA298B66DBD964691

MINNITI DAVIDE

(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

Regione Gonzole 10 – 10043 Orbassano TORINO
Centralino tel. +39 011.90261 – fax +39 011.9026602
e-mail: urp@sanluigi.piemonte.it
Cod. Fisc 95501020010 – P.I. 02698540016

S.S. Pianificazione Strategica e Governance
Dirigente Responsabile: Dr. Luca Maina
Tel. 011.9026298
[e-mail: l.maina@sanluigi.piemonte.it](mailto:l.maina@sanluigi.piemonte.it)

Classificazione 01-01-07-03

all'OIV Aziendale

OGGETTO: RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2023

Si trasmette la relazione di cui all'oggetto

Cordiali saluti

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. MINNITI DAVIDE
(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

Responsabile del procedimento
Dott. Luca Maina
Tel. 011/9026298
[E-mail: l.maina@saluigi.piemonte.it](mailto:l.maina@saluigi.piemonte.it)



RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2023

La Direzione, previo confronto e condivisione con i Direttori di Dipartimento ed i Direttori/Responsabili delle strutture aziendali, con deliberazione n. 210 del 31.03.2023 (nella sezione performance del PIAO triennio 2023/2025), parzialmente modificata con deliberazione n. 171 del 11/08/2023 e integrata con deliberazione n. 203 del 05/09/2023 (relativa all'assegnazione degli obiettivi regionali declinati dalla DGR n. 11- 7385 del 03.08.2023), ha assegnato a tutto il personale dell'AOU San Luigi gli obiettivi anno 2023, previa presentazione dei medesimi, in linea generale, all'Organismo di Valutazione.

Le relative schede budget/obiettivi sono state condivise con i rispettivi Direttori/Responsabili delle strutture, con apposizione, ove ritenuto, di considerazioni/osservazioni, esaminate in sede di valutazione finale.

Le sopra citate delibere di assegnazione degli obiettivi 2023 sono state comunicate alle strutture e pubblicate sulla intranet aziendale e sul sito Amministrazione Trasparente- Sezione Performance.

In linea con il piano regionale che ha previsto, per l'anno 2023, il recupero delle liste d'attesa e dei volumi di attività, sono stati prioritariamente assegnati alle strutture sanitarie gli obiettivi riferiti al raggiungimento dei volumi di attività di specialistica ambulatoriale anno 2019 ed all'adeguamento dei tempi d'attesa delle prestazioni monitorate nel Piano Nazionale Governo liste d'attesa, unitamente a quelli correlati alla produzione totale sia ambulatoriale sia di ricovero, all'appropriatezza prescrittiva e consumo farmaci e alla riduzione della degenza



media. Sono stati confermati alle strutture sanitarie, per quanto di competenza, gli obiettivi relativi alla donazione organi ed alla tempestività nell'effettuazione degli interventi di angioplastica e di frattura femore.

Alle strutture amministrative e tecniche sono stati attribuiti prioritariamente obiettivi relativi al rispetto del budget di spesa e, per quanto di competenza, sono stati assegnati obiettivi riferiti al rispetto della tempistica della liquidazione delle fatture, all'attuazione delle misure in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione, all'adozione del nuovo piano dei conti regionale, al passaggio da OLIAMM ad AMCO al Fascicolo Sanitario Elettronico, all'attuazione del PNNR e dei progetti di edilizia sanitaria.

In data 21.06.2024 l'OIV ha proceduto, ai sensi del disposto degli artt. 57 e 76 dei Contratti Collettivi Nazionali rispettivamente dell'Area Sanità e del Personale Area Funzioni Locali, alla verifica della correttezza metodologica delle effettuate valutazioni annuali 2023 dei dirigenti aziendali e ha completato la verifica sul raggiungimento obiettivi 2023.

Gli esiti della verifica sul raggiungimento obiettivi 2023 sono riportati nel prospetto riepilogativo allegato alla presente relazione (all.to n. 1). Si precisa che - nel peso complessivo totale di ogni struttura - se il valore del decimale è uguale o superiore a 5, viene arrotondato per eccesso

Orbassano, 21.06.2024

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Davide Minniti

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21
D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

Direzione Generale
Regione Gonzole 10 – 10043 Orbassano TORINO
Tel. n. 011 9026.690.200 e-mail: direzione.generale@sanluigi.piemonte.it
Cod. Fisc. 95501020010 – P.I. 02698540016



www.regione.piemonte.it/sanita

ALLEGATO 1

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS		Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	Morena CANCELLIERE Competente	S.S. Medico	Riduzione arretrato sulla trasmissione cartella sanitaria e di rischio al dipendente cessato (D.Lgs 81/08)	80% cartelle trasmesse	SI/NO	40,0	40,0	100,0	40,0
Staff Direzione Generale	Morena CANCELLIERE Competente	S.S. Medico	Riduzione arretrato sulla trasmissione documentazione sanitaria radioesposti all'Ispettorato del Lavoro - Roma	80% cartelle trasmesse	SI/NO	40,0	40,0	100,0	40,0
Staff Direzione Generale	Morena CANCELLIERE Competente	S.S. Medico	Attuazione misure prevenzione corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	/	20,0	20,0	100,0	20,0
	Morena CANCELLIERE Competente	S.S. Medico				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS		Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Stesura procedura per la gestione della contenzione	Pubblicazione procedura sul sito intranet aziendale	Presenza procedura su pagina sito intranet aziendale	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Monitoraggio compilazione Schede Uniche di Terapia e schede PRIMA	Elaborazione report di analisi stratificata per struttura organizzativa	Presenza report	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Monitoraggio compilazione checklist per la sicurezza in sala operatoria	Elaborazione report di analisi stratificata per struttura organizzativa	Presenza report	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Definizione bisogni formativi in tema di gestione del rischio clinico	Trasmissione schede progetti formativi in tema di gestione rischio clinico 2024	Presenza mail di trasmissione a Centro di formazione	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio recupero volumi attività (≥ 100% miglior valore tra anni 2019 e 2022) Produzione report finale	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	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. Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmete inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019,2020, 2021, 2022)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h)	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS (≤ 6 h) con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management		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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid. Monitoraggio e Report finale	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	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	/	5,0	5,0	0,0	0,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Marco BO	S.S. Risk Management	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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
	Marco BO	S.S. Risk Management				TOTALE	TOTALE		95,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS		Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio recupero volumi attività (≥ 100% miglior valore tra anni 2019 e 2022) Produzione report finale	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	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. Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmnete inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019,2020, 2021, 2022)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h)	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS (≤ 6 h) con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità		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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid. Monitoraggio e Report finale	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	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	/	5,0	5,0	0,0	0,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Staff Direzione Generale	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazine del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ,riportante esito di almeno un audit di verifica	/	5,0	5,0	100,0	5,0
	Maurizia RINALDI	S.S. Qualità				TOTALE	TOTALE		95,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03, con relativo monitoraggio ed almeno 2 audit inerenti OB. REG.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022 (16.065.502 euro); almeno 2 audit inerenti.	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Monitoraggio e governo implementazione FSE: Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Governo, gestione e recupero tempi di attesa OB. REG.	Monitoraggio recupero volumi attività	Produzione report finale	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni. OB. REG.	Verbali Incontri di monitoraggio	valori indicati in dgr	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura OB. REG.	Verbali Incontri di monitoraggio	valori indicati in dgr	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio recupero volumi attività (≥ 100% miglior valore tra anni 2019 e 2022) Produzione report finale	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	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. Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmnete inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019,2020, 2021, 2022)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h)	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	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	/	2,5	2,5	100,0	2,5
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS (≤ 6 h) con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali	/	2,5	2,5	100,0	2,5
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio		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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid. Monitoraggio e Report finale	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	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	/	2,5	2,5	0,0	0,0
Line Direzione Sanitaria	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	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	/	2,5	2,5	100,0	2,5
	Salvatore Di Gioia S.C. Direzione Sanitaria di Presidio				TOTALE	TOTALE		97,5 (98)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS		Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONI	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	Raggiungimento/Implementazione volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati (al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio recupero volumi attività (≥ 100% miglior valore tra anni 2019 e 2022) Produzione report finale	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	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. Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmnete inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019,2020, 2021, 2022)/Tempo di permanenza in PS (≤ 6/h)	Analisi mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS (≤ 6 h) con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding	Aggiornamento del Piano di gestione del sovraffollamento, in collaborazione con le strutture Aziendali	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo			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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid. Monitoraggio e Report finale	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	Raggiungimento n. Interventi anno 2019	N.interventi 2023 ≥ 2019 / Fatturato 2023 ≥ 2019 Monitoraggio e report finale	/	10,0	10,0	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	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	/	5,0	5,0	0,0	0,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	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	/	5,0	5,0	100,0	5,0
Line Direzione Sanitaria	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazine del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ,riportante esito di almeno un audit di verifica	/	5,0	5,0	100,0	5,0
	Adriano DE SIMONE Rischio Infettivo	S.S. Unità Prevenzione				TOTALE	TOTALE		95,0
Line Direzione Sanitaria	PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. U.P.R.I.		PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. U.P.R.I.				0,0		0,0
Line Direzione Sanitaria	PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. U.P.R.I.		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	/	50,0	50,0	100,0	50,0
Line Direzione Sanitaria	PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. U.P.R.I.		Monitoraggio applicazione delle procedure aziendali sulla prevenzione del rischio infettivo	Realizzazione almeno n. 1 audit sull'applicazione delle procedure nel 100% strutture sanitarie	/	50,0	50,0	100,0	50,0
	PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S. U.P.R.I.					TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	Enrica DEL PERO Funzione Servizio Sociale	Attivazione dei percorsi di continuità ospedale - territorio, in collaborazione con il NOOC	Percorsi attivati/percorsi richiesti ≥ 90%	/	50,0	50,0	100,0	50,0
Line Direzione Sanitaria	Enrica DEL PERO Funzione Servizio Sociale	Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere = 100%	/	50,0	50,0	100,0	50,0
	Enrica DEL PERO Funzione Servizio Sociale				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03, con relativo monitoraggio ed almeno 2 audit inerenti OB. REG.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	almeno 2 audit inerenti.	15,0	15,0	100,0	15,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera			Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022 (16.065.502 euro);	15,0	15,0	100,0	15,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	Verifica trimestrale coerenza tra costi aziendali rilevati da Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 – B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici ed i costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009) tenendo conto delle eventuali note di credito. OB. REG.	Rapporto tra i costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) ed i costi aziendali rilevati dai flussi informativi della farmaceutica (DD, CO)	100% con scostamento massimo ammissibile pari al ± 2 % sul valore annuale e ± 5 % sui valori trimestrali	30,0	30,0	100,0	30,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	Completamento per classi merceologiche secondo AMCO	Espletamento entro il 15/09/203	SI/NO	20 (Personale Comparto non Sanitario)	20 (Personale Comparto non Sanitario)	100,0	20,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	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	SI/NO	10 (Dirigenti Farmacisti)	10 (Dirigenti Farmacisti)	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	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	SI/NO	10 (Dirigenti Farmacisti)	10 (Dirigenti Farmacisti)	100,0	10,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	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 15 Dirigenti Farmacisti	15 Personale Comparto non Sanitario 15 Dirigenti Farmacisti	100,0	30,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	Mantenimento importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel triennio 2019-2020-2021	€ 22.042.403,00 (o successivo importo comunicato dalla Regione)	/	0 (Dirigenti Farmacisti)	0 (Dirigenti Farmacisti)	0,0	0,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	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	/	20 Personale Comparto non Sanitario	20 Personale Comparto non Sanitario	100,0	20,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	Rispetto tempistica liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione delle fatture - Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	/	35 Personale Comparto non Sanitario * *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	35 Personale Comparto non Sanitario * *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	35,0	35,0
Line Direzione Sanitaria	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	Attuazione misure prevenzione corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	/	10 Personale Comparto non Sanitario 5 Dirigenti Farmacisti	10 Personale Comparto non Sanitario 5 Dirigenti Farmacisti	100,0	15,0
	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera				TOTALE comparto	TOTALE comparto		100,0
	Daniela IELO S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera				TOTALE Dirigenti	TOTALE Dirigenti		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Donatori di cornee OB. REG.	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura OB. REG.	Numero di episodi di STEMI (sul totale) in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro novanta minuti.	≥ 60%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	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%	5,0	5,9	91,1	5,4
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia		b)Rispetto standard regionale	/	2,5	2,9	90,0	2,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	2,5	2,9	50,0	1,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	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	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	a) Presenza Referente medico per le ICA sorveglianza delle batteriemie da CRE b) Compilazione della scheda di (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	% PTCA entro 0-2-gg di ricovero STEMI OB. REG.	/	Mantenimento valore 2019 (88%) o comunque ≥ 85%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia	Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A) R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022	15,0	17,6	100,0	17,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia		B) Incremento attività D.H. rispetto al primo semestre 2022	B) D.H. +15% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia		C) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	C) AMB +15% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,8	92,3	10,9
	Alessandra CHINAGLIA S.C.D.O. Cardiologia				TOTALE	TOTALE		96,8 (97)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 . OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	Donatori di cornee OB. REG.	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03 OB. REG.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	15,0	16,7	100,0	16,7
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	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%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia		b)Rispetto standard regionale	/	2,5	2,8	72,0	2,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	5,0	5,6	50,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	a) Presenza Referente medico per le ICA Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE resistenti ai Carbapenemi) b) (Enterobatteri	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia	Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A) R.O. +15% rispetto al primo semestre 2022	15,0	16,7	100,0	16,7
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia		B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	B)AMB +7% rispetto al primo semestre 2022	15,0	16,7	100,0	16,7
	Alessia DI SAPIO S.C.D.O. Neurologia				TOTALE	TOTALE		96,5 (97)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	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	≥ 100%	2,5	2,9	90,0	2,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	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%	10,0	11,8	90,0	10,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione		b)Rispetto standard regionale	/	2,5	2,9	80,0	2,4
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	7,5	8,8	100,0	8,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	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	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	a) Presenza Referente medico per le ICA sorveglianza delle batteriemie da CRE b) Compilazione della scheda di (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A)R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022	30,0	35,3	100,0	35,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione		B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	B)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,8	90,0	10,6
	f.f. Sabrina DAL FIOR S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione				TOTALE	TOTALE		96,8 (97)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Marisa PAUTASSO S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	15,0	20,0	100,0	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Marisa PAUTASSO S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	25,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Marisa PAUTASSO S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	Esecuzione in biologia molecolare di test per la ricerca rapida di patogeni MDR nelle alte e basse vie aeree, 7 giorni su 7	a) Raggiungimento pari al 100% se numero test/anno >50 b) Raggiungimento pari all'80% se numero test/anno fra 20 e 50 c) Raggiungimento pari all'50% se numero test/anno <20	/	15,0	20,0	100,0	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Marisa PAUTASSO S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	Esecuzione in giornata di tutti i tamponi del precovero pervenuti in laboratorio	Tamponi refertati in giornata/tamponi pervenuti in giornata	100%	5,0	6,7	100,0	6,7
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	f.f. Marisa PAUTASSO S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni di laboratorio	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +15% rispetto al primo semestre 2022	40,0	53,3	100,0	53,3
	f.f. Marisa PAUTASSO S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	Donatori di cornee OB. REG.	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	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	≥= 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥= 100%	2,5	2,8	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	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%	7,5	8,3	100,0	8,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	7,5	8,3	100,0	8,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	5,0	5,6	50,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	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	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	a) Presenza Referente medico per le ICA Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE resistenti ai Carbapenemi) b) (Enterobatteri	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia	Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A)R.O. +30% rispetto al primo semestre 2022	25,0	27,8	100,0	27,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia		B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	B)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,6	100,0	5,6
	Alberto PERBONI S.C.D.O. Pneumologia				TOTALE	TOTALE		94,8 (95)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS		Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5,0	5,9	90,0	5,4
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	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%	5,0	5,9	90,0	5,4
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO b)Rispetto standard regionale	/	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	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	5,0	5,9	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	a) Presenza Referente medico per le ICA Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE resistenti ai Carbapenemi) b) (Enterobatteri	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria	Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A)R.O. +5% rispetto al primo semestre 2022	25,0	29,5	90,0	26,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria		B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	B)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,8	90,0	10,7
	Giuseppe MAINA	S.C.D.U. Psichiatria				TOTALE	TOTALE		89,5 (90)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	20,0	23,5	100,0	23,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	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%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e/o dalla SC DSPO	/	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone		b) Rispetto standard regionale	/	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	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	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni ambulatoriali	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +15% rispetto al primo semestre 2022.	30,0	35,3	100,0	35,3
	Fabio L. M. RICCIARDOLO S.S.D. Asma Grave e Malattie Rare del Polmone				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONI	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO	
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	15,0	20,0	100,0	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	25,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e	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	≥ 100%	2,5	3,3	100,0	3,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	2,5	3,3	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e	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%	10,0	13,3	100,0	13,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	5,0	6,7	100,0	6,7
	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	b)Rispetto standard regionale	/	10,0	13,3	100,0	13,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10,0	13,3	100,0	13,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni pneumologia interventistica	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	15,0	20,0	100,0	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e	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	5,0	6,7	100,0	6,7
	Emiliano GATTI Centro del Sonno	S.S.D.Fisiopatologia Respiratoria e				TOTALE	TOTALE		96,7 (97)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Donatori di cornee OB. REG.	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03 OB. REG.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	15,0	17,8	100,0	17,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Mantenimento/miglioramento produzione (valorizzazioni 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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥= 100%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	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%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche		b)Rispetto standard regionale	/	2,5	2,9	56,0	1,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	5,0	5,9	25,0	1,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	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	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A)R.O. +20% rispetto al primo semestre 2022	20,0	23,6	100,0	23,6
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche		B) Incremento attività D.H. rispetto al primo semestre 2022	B)D.H. +10% rispetto al primo semestre 2022	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche		C) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	C)AMB +20% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,8	100,0	11,8
	Marinella CLERICO S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche				TOTALE	TOTALE		94,5 (95)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/202 3OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica	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%	10,0	11,8	77,6	9,1
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica		b)Rispetto standard regionale	/	10,0	11,8	88,0	10,4
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni pneumologia interventistica	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +20% rispetto al primo semestre 2022	30,0	35,3	100,0	35,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica			B)AMB +25% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,8	100,0	11,8
	Massimo COMUNE S.S.D. Pneumologia Interventistica				TOTALE	TOTALE		96,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Franca NAPOLI S.S.D. Servizio Trasfusionale	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	6,3	100,0	6,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Franca NAPOLI S.S.D. Servizio Trasfusionale	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Franca NAPOLI S.S.D. Servizio Trasfusionale	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5,0	6,3	100,0	6,3
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Franca NAPOLI S.S.D. Servizio Trasfusionale	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%	10,0	12,5	100,0	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Franca NAPOLI S.S.D. Servizio Trasfusionale	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	10,0	12,5	100,0	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	Franca NAPOLI S.S.D. Servizio Trasfusionale	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni ambulatoriali trasfusionali	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +30% rispetto al primo semestre 2022.	50,0	62,5	100,0	62,5
	Franca NAPOLI S.S.D. Servizio Trasfusionale				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	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%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	5,0	5,9	50,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	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	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria	Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A)R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022	35,0	41,2	100,0	41,2
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria		B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022)	B)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,9	100,0	5,9
	f.f. Isa Rita BERGOGLIO S.C.D.O. Geriatria				TOTALE	TOTALE		97,1

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5,0	5,9	90,0	5,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	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%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna		b)Rispetto standard regionale	/	12,5	14,8	83,0	12,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	2,5	2,9	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	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	2,5	2,9	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna	Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A)R.O. +15% rispetto al primo semestre 2022	30,0	35,3	100,0	35,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna		B) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	B)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,9	100,0	5,9
	Massimo TERZOLO S.C.D.U. Medicina Interna				TOTALE	TOTALE		91,1

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco VOLANTE S.C.D.U. Anatomia Patologica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	20,0	23,5	100,0	23,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco VOLANTE S.C.D.U. Anatomia Patologica	Recupero prestazioni screening oncologici colo-rettale e cervico-vaginale: copertura da esami, in stretta collaborazione con le strutture coinvolte OB. REG.	COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI COPERTURA ESAMI: min. 35%	15,0	17,6	100,0	17,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco VOLANTE S.C.D.U. Anatomia Patologica	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco VOLANTE S.C.D.U. Anatomia Patologica	Mantenimento tempi medi di refertazione anno 2019 per campioni di screening di I e II livello per carcinoma collo dell'utero/ mammella/colon-retto; campioni citologici derivanti da attività di radiologia interventistica; campioni biotici di pertinenza dell'endoscopia digestiva e della borncoscopia.	Report tempi di refertazione 2023 vs 2019	2019	10,0	11,8	80,0	9,4
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco VOLANTE S.C.D.U. Anatomia Patologica	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni AP	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	Incremento prestazioni +15% rispetto al primo semestre 2022	40,0	47,1	100,0	47,1
	Marco VOLANTE S.C.D.U. Anatomia Patologica				TOTALE	TOTALE		97,6 (98)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB. REG.	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	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	≥= 100%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥= 100%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	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%	7,5	8,8	100,0	8,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	5,0	5,9	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	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	2,5	2,9	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	a) Presenza Referente medico per le ICA Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	b) a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A)R.O. +40% rispetto al primo semestre 2022	25,0	29,4	100,0	29,4
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico		B) Incremento attività D.H. rispetto al primo semestre 2022	B)D.H. +20% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico		C) Incremento attività ambulatoriale rispetto al primo semestre 2022	C)AMB +5% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,8	100,0	11,8
	Marco DE GOBBI S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico				TOTALE	TOTALE		91,2

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	Donatori di cornee OB. REG.	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi OB REG	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03 OB. REG.	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	15,0	16,7	100,0	16,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥= 100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	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%	7,5	8,3	100,0	8,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	7,5	8,3	100,0	8,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	5,0	5,6	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	Incremento prelievi cornee OB. REG.	Partecipazione al procurement di donatori a livello aziendale Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti	≥= 19 donatori	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni oncologiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +5% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica			B)DH +5% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica			C)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	100,0	11,2
	Giorgio V. SCAGLIOTTI S.C.D.U. Oncologia Medica				TOTALE	TOTALE		94,5 (95)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	10,0	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Donatori di cornee OB. REG.	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5,0	5,0	100,0	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Miglioramento percorsi interni di ricovero	Riduzione del numero di ricoveri attraverso la definizione di percorsi interni concordati o di progetti specifici	% ricoveri ≤ 2022	15,0	15,0	100,0	15,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Incremento utilizzo percorsi territoriali rispetto al 2022	% utilizzo percorsi territoriali / numero ricoveri	≥ 2022	10,0	10,0	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding (Individuazione, in collaborazione con le Medicine, di uno o piu indicatori relativi all'appropriatezza dei ricoveri)	a) 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 b) Tempo medio di permanenza in PS per pazienti dimessi direttamente da PS (esclusi pazienti ricoverati in OBI)	a)Evidenza documentale trimestrale delle misure adottate b)≤ 6 ore	7,5	7,5	100,0	7,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,0	100,0	5,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	2,5	100,0	2,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	Riduzione dei tempi di degenza medi presso il reparto di Medicina d'Urgenza	Aumento del numero di pazienti ricoverati (calcolato su numero di ammessi) presso il reparto Medicina d'Urgenza	+10% rispetto al primo semestre 2022	45,0	45,0	100,0	45,0
	Adriana BOCCUZZI S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	12,5	100,0	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica	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	>= 100%	2,5	3,1	100,0	3,1
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	2,5	3,1	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica	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	5,0	6,3	100,0	6,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica	Riapertura accessi diretti	Evidenza documentale	/	5,0	6,3	100,0	6,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica	Adeguatezza tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e/o dalla SC DSPO	/	2,5	3,1	100,0	3,1
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica		b) Rispetto standard regionale	/	7,5	9,4	81,0	7,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni radiodiagnostiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	45,0	56,3	100,0	56,3
	Andrea VELTRI – S.C.D.U. Radiodiagnostica				TOTALE	TOTALE		95,1

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Simona ALLIS – S.S. Radioterapia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	12,5	100,0	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Simona ALLIS – S.S. Radioterapia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Simona ALLIS – S.S. Radioterapia	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	>= 100%	7,5	9,4	100,0	9,4
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Simona ALLIS – S.S. Radioterapia		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	7,5	9,4	100,0	9,4
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Simona ALLIS – S.S. Radioterapia	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% anno 2019	15,0	18,8	100,0	18,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Simona ALLIS – S.S. Radioterapia	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni radioterapiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	Incremento prestazioni radioterapiche +10% rispetto al primo semestre 2022	40,0	50,0	100,0	50,0
	Simona ALLIS – S.S. Radioterapia				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	Recupero prestazioni screening oncologico colo-rettale: copertura da inviti e copertura da esami OB REG	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	SCREENING COLO-RETTALE ETÀ 50-74 ANNI COPERTURA INVITI: min. 97%; COPERTURA ESAMI: min. 35%	20,0	22,2	100,0	22,2
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	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	≥ 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	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%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva		b)Rispetto standard regionale	/	12,5	13,9	74,4	10,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni endoscopiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +20% rispetto al primo semestre 2022	30,0	33,3	85,3	28,4
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva			B)AMB +20% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,6	76,0	4,3
	Angela SAMBATARO S.S.D. Endoscopia Digestiva				TOTALE	TOTALE		90,4

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,9	100,0	11,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	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	≥ 100%	2,5	2,9	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	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%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	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	7,5	8,8	100,0	8,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni ambulatoriali diabetologiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +25% rispetto al primo semestre 2022	50,0	58,8	89,0	52,3
	Salvatore LIA S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia				TOTALE	TOTALE		90,6 (91)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	20,0	23,5	100,0	23,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie	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	≥ 100%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	2,5	2,9	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie	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%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie	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	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni emoglobinopatie	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +5% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie			B)AMB + 135% rispetto al primo semestre 2022	35,0	41,2	100,0	41,2
	Giovanni Battista FERRERO S.S.D. Microcitemie				TOTALE	TOTALE		97,1

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	6,5	100,0	6,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	15,0	19,4	100,0	19,4
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	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	≥ 100%	2,5	3,2	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	2,5	3,2	100,0	3,2
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	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%	7,5	9,7	100,0	9,7
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA/ riduzione degenza media, secondo quanto previsto dal Piano Aziendale	a) Riduzione degenza media** (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021/2022) ** Fatti salvi i casi di outlayer motivati	a) Riduzione 1%	3,8	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare		b)Tempo medio di permanenza (boarding) in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica Report finale DMPO	b)≤ 6 h	3,8	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	3,2	100,0	3,2
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	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	5,0	6,5	100,0	6,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	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	2,5	3,2	100,0	3,2
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni oncologiche	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +5% rispetto al primo semestre 2022	15,0	RIASSEGNATO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare			B)DH +5% rispetto al primo semestre 2022	5,0	25,8	100,0	25,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare			C)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	15,0	19,4	100,0	19,4
	Silvia NOVELLO S.S.D. Oncologia Polmonare				TOTALE	TOTALE		96,8 (97)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	10,0	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico	Gestione della spesa: mantenimento dell'importo cumulato medio indotto dalla propria attività prescrittrice nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 relativamente alla Distribuzione Diretta di tipologia 03	Spesa indotta dalla propria attività prescrittrice nel 2023 (rilevata da Flusso File F ed afferente alla distribuzione diretta di tipologia 03) nel periodo gennaio-dicembre 2023	Spesa indotta nel 2023 ≤ al valore più basso tra la spesa media indotta nel quadriennio 2019-2020-2021-2022 e la spesa indotta nel 2022	20,0	20,0	100,0	20,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico	Incremento ricoveri in Day Hospital	Report predisposto dal Controllo di Gestione	+3% anno 2019	20,0	20,0	50,0	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	10,0	10,0	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni Week/ D.H. - Appropriatezza di ricovero	A) Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A) D.H. +15% rispetto al primo semestre 2022	30,0	30,0	100,0	30,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico		B) Miglioramento appropriatezza di ricovero mediante azioni di concerto con strutture maggiormente coinvolte nel boarding, quali ad esempio PS-nefrologia-urologia, tramite stesura protocolli diagnostico-terapeutici condivisi.	B) Presenza di documentazione (procedure/protocolli) condivisa con le strutture maggiormente coinvolte	10,0	10,0	100,0	10,0
	Piero PACCOTTI S.S.D. Week Day Hospital Internistico				TOTALE	TOTALE		90,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5,0	5,9	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia	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%	12,5	14,7	100,0	14,7
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione ad Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 audit	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia	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	5,0	5,9	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni nefrologia	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +5% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,8	50,0	5,9
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia			B)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	40,0	47,1	100,0	47,1
	Carlo M. Lorenzo MASSARA S.S.D. Nefrologia				TOTALE	TOTALE		82,4

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS		Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco Maria TINIVELLA	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	12,5	100,0	12,5
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco Maria TINIVELLA	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	20,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco Maria TINIVELLA	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	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	≥ 100%	12,5	15,6	100,0	15,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco Maria TINIVELLA	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	12,5	15,6	100,0	15,6
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco Maria TINIVELLA	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	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%	25,0	31,3	100,0	31,3
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Marco Maria TINIVELLA	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	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	20,0	25,0	100,0	25,0
	Marco Maria TINIVELLA	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	rif. Daniela F. GIACHINO Funzione Counseling Genetico	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	40,0	40,0	100,0	40,0
Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	rif. Daniela F. GIACHINO Funzione Counseling Genetico	Verifica corretta imputazione flussi C e C5 relativi alle analisi genetiche	Report finale prodotto dai SII	/	60,0	60,0	100,0	60,0
	rif. Daniela F. GIACHINO Funzione Counseling Genetico				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10,0	10,0	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB REG	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	5,0	5,0	100,0	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	Donazioni d'organo OB. REG.	A)Segnalazione di soggetti in morte encefalica (BDI%) opposizioni alla donazione di organi B)Non	A)20-40% morti encefaliche segnalate in Rianimazione /n.decessi in Rianimazione con patologia compatibile. B)tasso di opposizione alla donazione di organi in Rianimazione al ≤ 33% delle segnalazioni di morte encefalica in Rianimazione.	A)5 B)5	A)5 B)5	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	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	5,0	5,0	100,0	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	Miglioramento qualità dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva	Prevalenza di infezioni da MDR in degenza - pazienti non Covid	< anno 2022	5,0	5,0	100,0	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS	Collaborazione con SCDU Ortopedia ed SS Sale Operatorie per programmazione sale	> 70%	10,0	10,0	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	5,0	5,0	100,0	5,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	2,5	100,0	2,5
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	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	2,5	2,5	100,0	2,5
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	A)Gestione boarding (come da indicazioni regionali)	A) Riduzione tempi di degenza medi	A) R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022	40,0	40,0	100,0	40,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	B)Governance percorso chirurgico	B) Collaborazione con le strutture aziendali coinvolte nel percorso chirurgico	B) Almeno n. 2 verbali degli incontri inerenti l'efficientamento del percorso chirurgico	5,0	5,0	100,0	5,0
	Pietro CAIRONI S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione				TOTALE	TOTALE		90,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB REG	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,8	100,0	11,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB REG	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	15,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Donatori di cornee	Numero di donatori di cornee pari al 12% dei decessi ospedalieri del 2022 fra i 5 e i 78aa compresi.	≥ 31	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	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%	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Adeguatezza tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia		b)Rispetto standard regionale	/	5,0	5,9	40,0	2,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Raggiungimento Interventi complesse) anno 2019 (prestazioni ambulatoriali	/	N.interventi (prestazioni ambulatoriali complesse) 2023 ≥ 2019 Fatturato 2023 ≥ 2019	5,0	5,9	100,0	5,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	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	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	a) Presenza Referente medico per le ICA b) Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma Referente medico con nota scritta b) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	2,9	100,0	2,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni ambulatoriali	Riduzione tempi di attesa medi area oftalmologica ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	AMB +50% rispetto al primo semestre 2022	30,0	35,3	100,0	35,3
	Raffaele NUZZI S.C.D.U. Oftalmologia				TOTALE	TOTALE		96,5 (97)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS		Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB REG	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	(SOLO GINECOLOGIA) Recupero prestazioni screening oncologici mammografico e cervico-vaginale: copertura da inviti e copertura da esami OB REG	COPERTURE INVITI: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale, COPERTURA ESAMI: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	SCREENING MAMMOGRAFICO ETÀ 50-69 ANNI COPERTURA INVITI: min. 97%; COPERTURA ESAMI: min. 50% SCREENING CERVICO-VAGINALE ETÀ 25-64 ANNI COPERTURA INVITI: min. 97%; COPERTURA ESAMI: min. 45%	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB REG	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	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	>= 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	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%	2,5	2,8	79,1	2,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale		b)Rispetto standard regionale	/	2,5	2,8	60,0	1,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	5,0	5,6	50,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	a)Presenza referente medico per le ICA b)Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c)Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b)≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni chirurgiche	Riduzione tempi di attesa medi area chirurgia generale ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +30% rispetto al primo semestre 2022	20,0	22,2	100,0	22,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale			B)DH +50% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale			C)AMB +26% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,6	100,0	5,6
	f.f. Massimo RIZZO	S.C.D.U. Chirurgia Generale				TOTALE	TOTALE		95,8 (96)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS		Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell’acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB REG	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l’85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriat iOB REG	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	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	≥ 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica		b) Costi diretti ≤ 2022 Relazione finale DMPO (dati forniti dal Controllo di Gestione). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	2,5	2,8	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	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%	5,0	5,6	50,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	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	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	a)Presenza referente medico per le ICA b)Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c)Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b) ≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni chirurgiche	Riduzione tempi di attesa medi area chirurgia generale ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +10% rispetto al primo semestre 2022	20,0	22,2	100,0	22,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica			B)DH +50% rispetto al primo semestre 2022	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica			C)AMB +15% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	50,0	5,6
	Francesco LEO	S.C.D.U. Chirurgia Toracica				TOTALE	TOTALE		89,6 (90)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB REG	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB REG	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	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%	10,0	11,2	90,0	10,1
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	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	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	a)Presenza referente medico per le ICA di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica b)Compilazione scheda	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b)≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata	= 100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni chirurgiche	Riduzione tempi di attesa medi area chirurgia generale ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +5% rispetto al primo semestre 2022	15,0	16,7	100,0	16,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia			B)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	25,0	27,8	71,9	20,0
	Monica PENTENERO S.C.D.U. Odontostomatologia				TOTALE	TOTALE		91,3

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS		Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONI	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB REG	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB REG	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)	≥70%	15,0	16,7	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	≥ 100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	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%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	1,3	1,4	100,0	1,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e		b)Rispetto standard regionale	/	1,3	1,4	65,0	0,9
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	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	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	2,5	2,8	50,0	1,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	a)Presenza referente medico per le ICA b)Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c)Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b)≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni chirurgia ortopedica	Riduzione tempi di attesa medi area ortopedica ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +30% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e			B)DH +30% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e			C)AMB +15% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	100,0	11,2
	Filippo CASTOLDI Traumatologia	S.C.D.U. Ortopedia e				TOTALE	TOTALE		82,1

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB REG	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB REG	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	7,5	8,3	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	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%	7,5	8,3	89,6	7,4
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria		b)Rispetto standard regionale	/	7,5	8,3	70,0	5,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS	Report finale DMPO	≤ 6 h	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	a)Presenza referente medico per le ICA b)Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c)Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b)≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni chirurgia ORL	Riduzione tempi di attesa medi area ORL ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +30% rispetto al primo semestre 2022	20,0	22,2	100,0	22,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria			B)DH +80% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	83,0	9,3
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria			C)AMB +30% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	92,2	10,3
	Giovanni CAVALLO S.C.D.U. Otorinolaringoiatria				TOTALE	TOTALE		85,9 (86)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell’acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB REG	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l’85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	Erogazione prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati OB REG	Prestazioni erogate Flusso C/ Prestazioni prenotate CUP	Numero prestazioni erogate (Flusso C) nel 2023 ≤ Numero prestazioni prenotate CUP	10,0	REDISTRIBUITO		
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	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%	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	a) Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dalla SC DSPO	/	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia		b)Rispetto standard regionale	/	2,5	2,8	81,0	2,3
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	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	5,0	5,6	100,0	5,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	Tempo medio di permanenza (boarding)in PS, con rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica	Report finale DMPO	≤ 6 h	5,0	5,6	50,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	a)Presenza referente medico per le ICA b)Compilazione scheda di profilassi perioperatoria come indicatore di adesione al protocollo di profilassi chirurgica c)Compilazione della scheda di sorveglianza delle batteriemie da CRE (Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi)	a) Individuazione /conferma referente con nota scritta b)≥ 80% interventi chirurgici con scheda di profilassi perioperatoria di GBO compilata c) Alert pervenuti accompagnati da scheda di sorveglianza	= 100%	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	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	2,5	2,8	100,0	2,8
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni chirurgia urologica	Riduzione tempi di attesa medi area urologica ed incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)R.O. +15% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	100,0	11,2
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia			B)DH +15% rispetto al primo semestre 2022	15,0	16,7	100,0	16,7
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia			C)AMB +10% rispetto al primo semestre 2022	10,0	11,2	100,0	11,2
	Francesco PORPIGLIA S.C.D.U. Urologia				TOTALE	TOTALE		97,1

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell'acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	10,0	10,0	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l'85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	10,0	10,0	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	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). Eventuali incrementi di produzione dovranno comportare un incremento di costi diretti proporzionalmente inferiore ai ricavi, rispetto all'anno di riferimento.	>= 100%	10,0	10,0	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	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%	10,0	10,0	100,0	10,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	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	2,5	2,5	100,0	2,5
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	Partecipazione Audit SC Farmacia su appropriatezza	≥ 1 Audit	2,5	2,5	100,0	2,5
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni ambulatoriali	Incremento attività in termini di produzione rispetto al primo semestre 2022	A)D.H. +35% rispetto al primo semestre 2022	40,0	40,0	94,1	37,6
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica			B)AMB +20% rispetto al primo semestre 2022	15,0	15,0	100,0	15,0
	Luca CANZONERI S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica				TOTALE	TOTALE		97,6 (98)

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Gabriele AGATI S.S.D. Sale Operatorie	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni. OB. REG.	Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 48 ore dall'arrivo in PS (differenza tra data della procedura e data di arrivo in PS ≤ 48 ore)	≥70%	20,0	15,0	0,0	0,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Gabriele AGATI S.S.D. Sale Operatorie	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	30,0	35,0	100,0	35,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Gabriele AGATI S.S.D. Sale Operatorie	Governo, gestione e recupero tempi di attesa-prestazioni ambulatoriali	Realizzazione percorso LEAN Sale operatorie con riduzione dei tempi di inizio seduta operatoria e change over	recupero di almeno 60 minuti per seduta	50,0	50,0	90,0	45,0
	Gabriele AGATI S.S.D. Sale Operatorie				TOTALE	TOTALE		80,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Dario ANDREONE S.S.D. Day Week Surgery	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell’acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010) OB REG	Rapporto tra spesa rilevata dal Flusso Consumi di Dispositivi medici, esclusa quella rilevata per le CND W e Z - a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 – e i costi imputati a Conto Economico alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2	Coerenza, con un margine di tolleranza compreso tra -5% e +10%, tra la spesa aziendale per DM rilevata da flusso DMRP (al netto dei dispositivi di CND Z – a eccezione delle Z13, Z12040115, Z12040216 – e di CND W) rispetto ai costi imputati in CE alle voci B.1.A.3.1 (dispositivi medici) e B.1.A.3.2 (dispositivi medici impiantabili attivi)	15,0	15,0	100,0	15,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Dario ANDREONE S.S.D. Day Week Surgery	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB REG	Conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l’85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	100%	25,0	25,0	100,0	25,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Dario ANDREONE S.S.D. Day Week Surgery	Partecipazione agli obiettivi della SCDU Generale	Vedasi specifici indicatori	/	40,0	40,0	100,0	40,0
Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	Dario ANDREONE S.S.D. Day Week Surgery	Ottimizzazione percorsi chirurgici finalizzati ad un utilizzo ottimale dei PL Week Surgery (in particolare quelli afferenti alla SCDU Oftalmologia)	Evidenza documentale azioni attuate	/	20,0	20,0	100,0	20,0
	Dario ANDREONE S.S.D. Day Week Surgery				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
Direzione di Dipartimento	Direttore Dipartimento Strutturale 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	70	100	70,0
Direzione di Dipartimento	Direttore Dipartimento Strutturale Area Chirurgica ed Intensiva	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti b) relativi verbali	/	30	30	100	30,0
	Direttore Dipartimento Strutturale Area Chirurgica ed Intensiva				TOTALE	TOTALE		100,0
Direzione di Dipartimento	Direttore Dipartimento Strutturale 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	70	100	70,0
Direzione di Dipartimento	Direttore Dipartimento Strutturale Area Medica Specialistica	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti b) relativi verbali	/	30	30	100	30,0
	Direttore Dipartimento Strutturale Area Medica Specialistica				TOTALE	TOTALE		100,0
Direzione di Dipartimento	Direttore Dipartimento Strutturale 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	70	100	70,0
Direzione di Dipartimento	Direttore Dipartimento Strutturale Area Medica ed Oncologia	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche che affrontino, tra l'altro, argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti b) relativi verbali	/	30	30	100	30,0
	Direttore Dipartimento Strutturale Area Medica ed Oncologia				TOTALE	TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	NUOVO PESO CON REDISTRIBUZIONE	% RAGGIUNGIMENTO	PESO RAGGIUNTO
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali SCDO Neurologia	Implementazione /raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati anno 2019	vedere indicatori SCDO Neurologia	vedere standard SCDO Neurologia	60	60	100	60,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali SCDO Neurologia	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	vedere indicatori SCDO Neurologia	vedere standard SCDO Neurologia	20	20	85,7	17,1
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali SCDO Neurologia	Incremento delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	vedere indicatori SCDO Neurologia	vedere standard SCDO Neurologia	20	20	100	20,0
	Specialisti Ambulatoriali SCDO Neurologia				TOTALE	TOTALE		97,1
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali 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	50	100	50,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	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	50	100	50,0
	Specialisti Ambulatoriali SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica				TOTALE	TOTALE		100,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali 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 inj presenza e/o in telemedicina	Colloquio psicologico clinico : almeno 590 prestazioni di cui almeno 50 in telemedicina	/	60	60	100	60,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali SCDO Pneumologia - Specialista Psicologia Clinica - Centro Fibrosi Cistica	2) Somministrazione testistica specifica di screening	Somministrazione test psicometrici GAD-7 ,PHQ-9,CFQ-R versione per adolescenti e adulti: almeno 45 valutazioni	/	20	20	100	20,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali SCDO Pneumologia - Specialista Psicologia Clinica - Centro Fibrosi Cistica	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	20	100	20,0
	Specialisti Ambulatoriali SCDO Pneumologia - Specialista Psicologia Clinica - Centro Fibrosi Cistica				TOTALE	TOTALE		100,0
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali SCDU Psichiatria/SCDO Geriatria - Specialista Psicologia Clinica	1) Attivazione interventi di gruppo rivolti ai caregivers di pazienti affetti da demenza.	Attivazione di interventi di gruppo, per un totale di 152 prestazioni (Codice C atalogo 94.44)- Obiettivo su base annuale	/	50	50	NA	NA
SPECIALISTI AMBULATORIALI	Specialisti Ambulatoriali SCDU Psichiatria/SCDO Geriatria - Specialista Psicologia Clinica	2) Valutazioni individuali dei disturbi cognitivi in pazienti che presentano un sospetto di demenza e relativi trattamenti individuali	Somministrazione di test psicometrici per la valutazione delle abilità cognitive (Codice catalogo 94.08.2 ,94.08.1, 94.01.2); colloquio psicologico clinico pazienti caregivers individuale o familiare (codice catalogo 94.09., 94.42), per un totale di 88 prestazioni - Obiettivo su base annuale	/	50	50	NA	NA
	Specialisti Ambulatoriali SCDU Psichiatria/SCDO Geriatria - Specialista Psicologia Clinica				TOTALE	TOTALE		NA

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Staff Direzione Generale	Federico SPOLETTI Servizio Prevenzione e Protezione	Definizione cronoprogramma attivazione DVR per struttura e non per rischio. Elaborazione di almento 3 strutture	Aggiornamento documentale DVR entro 31/12/2023	Evidenza documentale	30	100	30,0
Staff Direzione Generale	Federico SPOLETTI Servizio Prevenzione e Protezione	Aggiornamento DVR LEGIONELLA	Aggiornamento documentale DVR entro 30/09/2023	Evidenza documentale	20	100	20,0
Staff Direzione Generale	Federico SPOLETTI Servizio Prevenzione e Protezione	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	/	20	100	20,0
Staff Direzione Generale	Federico SPOLETTI Servizio Prevenzione e Protezione	Aggiornamento DVR Attrezzature di Lavoro		/			
Staff Direzione Generale	Federico SPOLETTI Servizio Prevenzione e Protezione	Valutazione Stress Lavoro Correlato (SLC)	Raccolta ed elaborazione dei dati di almeno 25 gruppi omogenei. Evidenza valutazione SLC di almeno 20 gruppi omogenei.	/	15	100	15,0
Staff Direzione Generale	Federico SPOLETTI Servizio Prevenzione e Protezione	Ottenimento "sconto "premio assicurativo INAIL	Evidenza attività di sensibilizzazione delle strutture coinvolte e monitoraggio delle relative attività	/	10	100	10,0
		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	100	5,0
	Federico SPOLETTI Servizio Prevenzione e Protezione				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Staff Direzione Generale	Emanuele D. RUFFINO S.S. Controllo di Gestione	1) Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativo a completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24 2) Redazione scheda di budget per ogni struttura, che contenga: a) produzione dettagliata, b) costi sanitari e non sanitari (con particolare attenzione ai farmaci ed ai dispositivi sanitari), c) indicatori di Barber, d) peso della produzione, e) indicatore sul valore della produzione in relazione ai costi, f) indicatore sul valore della produzione in relazione al personale 3) Implementazione su ABACO dei flussi "in uscita" dell'attività con flusso "C" e "SDO" 4) Implementazione di un sistema di monitoraggio periodico dell'andamento della produzione (anche con dati dei flussi in "uscita") e dei costi di ogni struttura. Il sistema può essere complementare o inserito all'interno della scheda di budget.	1) Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2023 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII 2) Presenza di una scheda di budget mensile sia informatica che cartacea da consegnare alla direzione Strategica già presente entro 20/09/2023 e poi almeno per ogni mese 3) Presenza su "ABACO" dei flussi in "uscita" già a partire dal 01/10/2023 e poi aggiornato almeno ogni 30 giorni 4) Presenza di un sistema di monitoraggio con i dati richiesti già entro il 20/09/2023 e poi almeno con periodicità mensile	1-2-3-4) Dicotomico:SI/NO	50	100	50,0
Staff Direzione Generale	Emanuele D. RUFFINO S.S. Controllo di Gestione	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)	/	35	100	35,0
Staff Direzione Generale	Emanuele D. RUFFINO S.S. Controllo di Gestione	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	/	15	100	15,0
	Emanuele D. RUFFINO S.S. Controllo di Gestione				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	/	30	100	30,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane		b) Budget straordinario : 1) Provvedimento di assegnazione budget straordinario 2) Produzione reports strutture al 31.12.2023	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	/	30	100	30,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Valutazione Stress Lavoro Correlato (SLC)	Estrapolazione e trasmissione dati richiesti dal Servizio Prevenzione e Protezione Attestazione Servizio Prevenzione e Protezione	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) 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	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	100	5,0
	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
		CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE					
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane		b) Budget straordinario : Report al 31.12.2023	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) 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	/	20,0	100	20,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Revisione di due procedure in materia di formazione	Presenza di documenti revisionati	/	20	100	20,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	/	20	100	20,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	100	5,0
	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane				TOTALE		100,0
		OBIETTIVI AGGIUNTIVI PERSONALE SANITARIO AFFERENTE AL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA					
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Monitoraggio carriere studentesche	a) Effettuazione di almeno n. 100 colloqui nel corso del 2023 b) Report relativo all'analisi di almeno 10 carriere studentesche		€ 1500,00	100	1.500,00 €
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	100	1.500,00 €
	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane				TOTALE		3.000,00 €

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
		CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE					
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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	/	Coordinatore/tutor (25) Amministrativi (10)	100	Coordinatore/tutor (25) Amministrativi (10)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane		b) Budget straordinario : Report al 31.12.2023	/	Coordinatore/tutor (0) Amministrativi (5)	100	Coordinatore/tutor (0) Amministrativi (5)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento, volta a liberare gli spazi	/	Amministrativi (5)	100	Amministrativi (5)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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 (25)	100	Amministrativi (25)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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 (25) Amministrativi (5)	100	Coordinatore/tutor (25) Amministrativi (5)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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 (25)	100	Coordinatore/tutor (25)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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 (25) Amministrativi (5)	100	Coordinatore/tutor (25) Amministrativi (5)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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 (5)	100	Amministrativi (5)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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 (20)	100	Amministrativi (20)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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 (5)	100	Amministrativi (5)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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 (*) 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	/	Amministrativi (10) *	100	Amministrativi (10)
Line Direzione Amministrativa	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane	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)	100	Amministrativi (5)
	Luca PERUZZO S.C. Risorse Umane				TOTALE		100

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	Verifica di disponibilità, completezza e qualità, nonché del miglioramento nel tempo dell’acquisizione nel flusso informativo regionale dei dati relativi al monitoraggio dei consumi e dei contratti dei dispositivi medici (Decreto Ministeriale 11 giugno 2010)	A)Rapporto tra il numero di record validi con “Forma di negoziazione” compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP Contratti (sia a numeratore che a denominatore record validi con medesima chiave univoca di identificazione, pur eventualmente oggetto di invii plurimi in inserimento e/o sostituzione, sono conteggiati una sola volta; esclusi dal conteggio i record oggetto di cancellazione) B)Rapporto tra quantità contrattualizzata rilevata dal Flusso Contratti di Dispositivi medici, distintamente per le CND J0101, P0704, P0908, e quantità distribuita di dispositivi medici rilevata da Flusso Consumi di dispositivi medici.	A)Almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2022 deve presentare la compilazione del campo “Forma di negoziazione”. I record oggetto di valutazione sono tutti i record inviati al flusso DMRP-Contratti dal primo gennaio 2022 alla data di consolidamento iscritta per tale flusso nella DGR succitata (al netto dei record oggetto di cancellazione), indipendentemente dalla data di stipula del contratto cui si riferisce il record. B)Risultato dei tre sub indicatori = 100%, con un margine di tolleranza compreso tra -50% e +50% (l’indicatore complessivamente è valutato positivamente solo se il risultato di tutti i tre sub indicatori è compreso nel margine di tolleranza)	A)5 B)5	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	Ammodernamento digitale parco tecnologico ospedaliero/Grandi Apparecchiature Sanitarie	Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per la realizzazione degli interventi pari al 100% degli interventi relativi all’acquisto delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il 31/12/2023.	100%	10	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	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	/	15	100	15,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) 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	/	10	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento, volta a liberare gli spazi	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	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	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	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	100	15,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	Gestione delle procedure di affidamento aziendale nell'ambito dei progetti "Sanità Digitale 1" e " Grandi apparecchiature sanitarie" PNNR , come da matrice delle competenze definite	Predisposizione atti nel rispetto del cronoprogramma aziendale. Attestazione del Direttore Amministrativo	/	10	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato	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	100	5,0
	Claudio AMPRINO S.C. Provveditorato-Economato				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti e debiti aziendali relativi, almeno, alle annualità 2020 e ante (ivi incluso note di credito/fatture da ricevere) OB. REG.	a)Trasmissione attestazione aziendale sul disavanzo economico atteso b) Report crediti e debiti 2020 e ante. Evidenza note di circolarizzazione 2020 e ante	/	a)2,5 b)2,5 c)5	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	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) Analisi e valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione	/	20	100	20,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria		Budget straordinario: Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	5	100	0,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria			/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	Applicazione nuovo regolamento libera professione	Adozione entro 15/04/2023 regolamento e cronoprogramma. Applicazione secondo il cronoprogramma, per quanto di competenza	/	0	0	0,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	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	/	10	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria						0,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	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	/	20	100	20,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria						
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	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	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	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	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria						
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori	Report SC Gestione Economico Finanziaria	/	15	100	15,0
Line Direzione Amministrativa	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria	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	100	5,0
	Ezio ROMAGNOLO S.C. Gestione Economico Finanziaria				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	Progetti di edilizia sanitaria: Progetti antincendio L. 145/2018 – Art. 1 c. 95 OB. REG.	Approvazione studi di fattibilità entro il 31/12/2023	/	10	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	Nomina Energy Manager. Definizione e sviluppo azioni finalizzati a promuovere il risparmio energetico. OB. REG.	Relazione aziendale predisposta dall’energy manager aziendale, che indichi le azioni identificate (avviate e da avviare) per promuovere il risparmio energetico) entro il 10 settembre 2023.	/	10	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	Conclusione procedure e/o realizzazione lavori previsti nel Piano Investimenti Aziendale o relativi al PNNR	Rispetto del cronoprogramma definito con la Direzione Generale e, in particolare: - conclusione lavori Medicina Nucleare atti a consentire consegna e installazione TC gamma Camera entro il 15/11/2023 - inizio lavori sale operatorie entro il 31/12/2023 - installazione nuovi fari in aree esterne ed avvio istallazione nuove telecamere, in collaborazione con la SS SII, entro il 31/12/2023	/	25	100	25,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	Realizzazione PL di terapia intensiva/terapia sub intensiva , interventi di adeguamento del Pronto soccorso	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione	/	5,0	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	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	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	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	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	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	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	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	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	Attuazione procedure e attività di competenza relative ai progetti PNNR	Predisposizione degli atti ed esecuzione delle attività propedeutiche all'installazione di apparecchiature e infrastrutture di rete, nel rispetto del cronoprogramma aziendale	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	Smaltimento cartaceo documentazione	Modifica, entro il 30.04.2023, posizionamento scaffalature (come da sopralluogo del 16/12/2022)	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie		Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5,0	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie	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	/	2,5	100	2,5
	f.f. Ivano CAVALLO S.C. Tecnico e Teconologie				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	PNRR: digitalizzazione assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari DEA I e II livello OB. REG.	Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per l’impiego di almeno il 75% dell’importo assegnato per la digitalizzazione degli ospedali con sede DEA entro il 31/12/2023.	100%	20	100	20,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	Realizzazione della fase 1 del FSE 2.0 entro il 31/12/2023 OB. REG.	A) adeguamento tecnologico degli applicativi refertanti per il dialogo con il gateway nazionale, nel rispetto cronoprogramma condiviso con la Regione. B) aggiornamento del repository relativamente alle specifiche tecniche regionali entro il 30 settembre 2023 con predisposizione del cronoprogramma realizzativo. C) conferimento dal 1° settembre 2023 di almeno l’85% dei documenti clinico sanitari nel FSE relativi a LDO, VP, LIS, RIS, AP e 50% per i restanti referti ambulatoriali.	A)100% B)100% C)100%	A)2,5 B)2,5 C)5	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	Digitalizzazione documenti sanitari ed implementazione FSE	Definizione del protocollo entro il 30/06/2023 per i controlli quali-quantitativi sui documenti inviati a FSE.	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi		Elaborazione del report di sintesi dei controlli da luglio e invio mensile dei medesimi alla Direzione Sanitaria	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi		Avvio degli interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HD7 CDA R2 entro la tempistica regionale.	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	Istallazione infrastrutture di rete	Installazione di 2 armadi di rete su 5	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	Implementazione AQ Sanità Digitale 1	Analisi degli ambienti tecnologici e applicativi	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	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	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	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	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	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	100	15,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	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	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) 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	/	5,0	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi	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	100	5,0
	Marco CANNIZZO S.S. Sistemi Informativi Informativi				TOTALE		100,00

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref.	SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	PNRR: Grandi Apparecchiature Sanitarie OB. REG.	A)Adozione di un cronoprogramma di sostituzione delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il T3 2023 e perseguimento del target di sostituzione del 50% della spesa finanziata entro T4 2023 B)Stipula obbligazione giuridicamente rilevante per la realizzazione degli interventi pari al 100% degli interventi relativi all’acquisto delle Grandi Apparecchiature Sanitarie entro il 31/12/2023.	100% per ciascun indicatore	A)15 B)15	100	30,0
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	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	100	15,0
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	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	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	Attivazione delle procedure previste dal PNRR	Attivazione del 100% delle adesioni agli AQ Consip che si renderanno disponibili per acquisti di grandi apparecchiature	/	10	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	Avvio installazione apparecchiature previste dal PNRR	Avvio dell'installazione di almeno n. 2 grandi apparecchiature entro il 31/12/2023	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	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	/	7,5	100	7,5
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	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	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	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	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	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	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione (*) 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	/	10,0	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica	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	100	5,0
	Daniele PUPPATO	S.S. Ingegneria Clinica				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali	Monitoraggio continuo e costante dell’eventuale contenzioso aziendale, finalizzato a identificare e realizzare le iniziative necessarie per mitigare l’eventuale rischio di soccombenza ed assicurare l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio OB. REG.	Adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio	/	20	100	20,0
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali	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	100	15,0
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali		b) Budget straordinario : Report SC Risorsse Umane al 31.12.2023	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali	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	/	20	100	20,0
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali		2)Attivazione procedure smaltimento per il 100% delle richieste pervenute				
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali		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				
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	/	10,0	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali	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	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali	Procedura gestione sinistri rientarnti nella franchigia frontale fissa aziendale	1) Studio ed approvazione procedura entro 30.05.2023 ed attivazione dal 01.06.2023	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali		2) Gestione richieste danni soggette a nuova procedura: 100% dal 01/06/2023. Report finale				
Line Direzione Amministrativa	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali	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	100	5,0
	Anna Lisa DI CUIA S.S. Affari Generali e Legali				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref.	SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	/	20	100	20,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2023	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	Adozione ed applicazione nuovo regolamento libera professione	Adozione entro 15/04/2023 regolamento e cronoprogramma . Applicazione secondo il cronoprogramma, per quanto di competenza		0	0	0,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS						
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS						
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) 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	/	10,0	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	Smaltimento documentazione cartacea	Attivazione, entro il 30.09.2023, di almeno una procedura di smaltimento volta a liberare gli spazi	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	/	2,5	100	2,5
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	/	20	100	20,0
				Effettuazione di tutte le attività di competenza propedeutiche all'avvio del nuovo sistema al 01.01.2024. Relazione / Attestazione del Direttore Amministrativo	/			
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	100	15,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	100	10,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	100	5,0
	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref.	SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
			SETTORE COMUNICAZIONE INFORMAZIONE – URP					
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	100	30,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	Supporto all'utenza per le attività di disdetta prenotazioni	1) Richieste evase entro la giornata successiva alla presa in carico/richieste pervenute = 100% 2)Assenza di reclami dell'utenza	/	25	100	25,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	/	5	100	5,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	Aggiornamento procedura gestione reclami, con definizione tempistica	1) Evidenza documento aggiornato 2) Rispetto tempistica	/	25	100	25,0
Line Direzione Amministrativa	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS	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	/	15	100	15,0
	Patrizia MELCHIONNE	S.S. SAAS				TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
OBIETTIVI 2023 - PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI							
PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO 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	100	50,0
PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia		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	100	50,0
PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia					TOTALE		100,0
Collaboratori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva							
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva		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 ≥ 80%	/	50 Sala Operatoria	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva		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 ≥ 80%	/	50 Centrale sterilizzazione	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva		Predisposizione di un documento in cui si evidenzia i comportamenti a rischio di trasmettere infezioni da MDR in terapia intensiva	Evidenza del documento	/	50 Rianimazione	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva		Pianificazione e conduzione briefing con il Nucleo Ospedaliero Continuità Cure (NOCC) e/o Bed Manager per ottimizzare i processi di ricovero e dimissione	Evidenza documentale con redazione di verbale mensile	/	50 Tutte le strutture di degenza	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva		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 Urologia e Rianimazione)	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva							

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia							
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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 Dietologa	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		Pianificazione e conduzione briefing con il Nucleo Ospedaliero Continuità Cure (NOCC) e/o Bed Manager per ottimizzare i processi di ricovero e dimissione	Evidenza documentale con redazione di verbale mensile	/	50 Tutte le strutture di degenza+ Pronto Soccorso	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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 Verbal delle riunioni di preparazione/Gruppi di lavoro, con le presenze degli operatori	50 Strutture di degenza (escluse Medicina interna e Dialisi)	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto							

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica							
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		Pianificazione e conduzione briefing con il Nucleo Ospedaliero Continuità Cure (NOCC) e/o Bed Manager per ottimizzare i processi di ricovero e dimissione	Evidenza documentale con redazione di verbale mensile	/	50 Tutte le strutture di degenza	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia		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 Psichiatria, MFNR e Neurologia)	100	50,0
Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia							

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Obiettivi Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione							
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione		Liste di attesa ambulatoriale: collaborazione con le Strutture aziendali finalizzato al recupero delle prestazioni ambulatoriali.	Relazione con evidenza delle azioni poste in atto finalizzate al recupero delle prestazioni ambulatoriali.	Dicotomico: SI/NO	20	100	20,0
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione		Lista di attesa chirurgiche: collaborazione con le Strutture aziendali finalizzato al recupero delle liste di attesa chirurgiche.	Relazione con evidenza delle azioni poste in atto finalizzate al recupero delle liste di attesa chirurgiche.	Dicotomico: SI/NO	20	100	20,0
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione		Governance del percorso chirurgico: collaborazione con le Strutture del Dipartimento Chirurgico per l'efficientamento del percorso chirurgico attraverso la revisione dei processi organizzativi nell'ottica di un efficientamento delle sale operatorie e percorso chirurgico.	Relazione con evidenza delle azioni poste in atto finalizzate alla governance del percorso chirurgico.	Dicotomico: SI/NO	20	100	20,0
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione		Boarding: revisione del modello di bed management.	a) Relazione con evidenza delle azioni proposte per la revisione del modello di bed management. B) Inoltre implementazione , previa autorizzazione del DS, di un modello aggiornato di bed management (es. con implentazione informatica)	Dicotomico: SI/NO	20	100	20,0
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione		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	/	5	100	5,0
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione		Analisi dei verbali sui briefing condotti tra le strutture di degenza e NOCC/Bed Manager	Relazione sulle principali criticità e sugli interventi adottati	/	10	100	10,0
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione		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	/	2,5	100	2,5
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione		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	/	2,5	100	2,5
Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione					TOTALE		100,0

Articolazione Organizzativa	Dir.- Resp.- Ref. SC / SS	Descrizione obiettivo	Indicatore	Valore atteso / Standard	Peso	% raggiungimento	Peso raggiunto
Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e							
Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)		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	100	50,0
Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)		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 ≥ 80%	/	50	100	50,0
Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)					TOTALE		100,0