

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023



DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE DOTT.SSA AGNESE BARSACCHI


OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	VERIFICA RISPETTO DA PARTE DELLE UU.OO. DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOLGERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	20	
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.1	GESTIONE E ANALISI QUESTIONARI SULLA QUALITA' PERCEPITA RISPETTO ALLE PRESTAZIONI EROGATE.	N. 2 REPORT A DIREZIONE, CDG E UU.OO. INTERESSATE	N. 2 REPORT A DIREZIONE, CDG E UU.OO. INTERESSATE	15	
			+ 10% ADESIONE A QUESTIONARI	+ 10% ADESIONE A QUESTIONARI	15	
MIGLIORAMENTO UMANIZZAZIONE DELLE CURE	A5.1	AUDIT CON PERSONALE SU MIGLIORAMENTO UMANIZZAZIONE CURE	2/2	2/2	10	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	OBIETTIVO D, ATTIVITA' 1 RISCHIO INFETTIVO: OBIETTIVO A, ATTIVITA' 1; OBIETTIVO B, ATTIVITA' 1, 2, 3. INVIO RELAZIONE PER SINGOLO OBIETTIVO E ATTIVITA' CON AZIONI ESPLETATE A CDG	OBIETTIVO D, ATTIVITA' 1 RISCHIO INFETTIVO: OBIETTIVO A, ATTIVITA' 1; OBIETTIVO B, ATTIVITA' 1, 2, 3. INVIO RELAZIONE PER SINGOLO OBIETTIVO E ATTIVITA' CON AZIONI ESPLETATE A CDG	10	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.X	PIANO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE		RELAZIONE SEMESTRALE E ANNUALE DELLE ATTIVITA' SVOLTA DALLE PROFESSIONI SANITARIE ALL'INTERNO DEI GDL PAP, NEL RISPETTO DEI PROGRAMMI/CRONOPROGRAMMI DEFINITI DAL REFERENTE DEL PROGETTO	10	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.47	REPORT A CDG SU VERIFICA INDICATORI CADUTE, LDP, INFEZIONI OSPEDALIERE	ANNUALE	ANNUALE	10	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO SCADENZE REGIONALI		ATTIVAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	10	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

	UOC DISTRETTO 1 RIETI, ANTRODOCO, S.ELPIDIO DOTT. ANTONIO BONCOMPAGNI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOLGERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	4	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	4	
	A2.3	AUDIT CON MMG/PLS/SPECIALISTICA AMBULATORIALE	ALMENO 6 L'ANNO	ALMENO 6 L'ANNO	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	4	
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.10	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE P (SU TOTALE CLASSE P) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 120 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.9	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE D (SU TOTALE CLASSE D) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 30 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.6	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE ENTRO SOGLIA SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE	≥90%	≥90%	5	
	B2.8	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE B (SU TOTALE CLASSE B) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 10 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	100% DEL PROGRAMMA PL14	100% DEL PROGRAMMA PL14	5	
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.3	INCREMENTO PAZIENTI ARRUOLATI NEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI PER CRONICITA' ED EQUIPE ITINERANTE	≥ 15% E REPORT DETTAGLIATO ANNUALE SU ATTIVITA' SVOLTA	≥ 15% E REPORT DETTAGLIATO ANNUALE SU ATTIVITA' SVOLTA	5	
	B4.4	MONITORAGGIO PAZIENTI ARRUOLATI IN PDTA	INCREMENTO DEL 10% DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO PER OGNI PDTA (DIABETE, BPCO, SCOMPENSO, ARTRITE REUMATOIDE) SULLA BASE DEI PAZIENTI IDENTIFICATI DAL SIS	INCREMENTO DEL 10% DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO PER OGNI PDTA (DIABETE, BPCO, SCOMPENSO, ARTRITE REUMATOIDE) SULLA BASE DEI PAZIENTI IDENTIFICATI DAL SIS	5	INCREMENTO VERTICALE E ORIZZONTALE
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		ATTIVAZIONE PROGETTO PAE ODONTOIATRIA COMUNITARIA	3	

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023


OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
	B6.40	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90% PER SPECIALISTI AMBULATORIALI E MMG	≥90% PER SPECIALISTI AMBULATORIALI E MMG	5	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.5	CORRETTA REGISTRAZIONE ASSISTITI NEL FLUSSO SIATESS	100%	≥ 80% PER LA PARTE DI COMPETENZA EFFETTUATA AI FRONT OFFICE PUA	5	
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO FASCICOLO AMBULATORIALE INFORMATIZZATO		≥ 60% EROGATO	5	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN OLIAMM	100%	100%	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.13	INCONTRI TRIMESTRALI CON MMG/PLS IN RELAZIONE AI REPORT DI SPESA E APPROPRIATEZZA ELABORATI DALLA UO POLITICHE DEL FARMACO - DETERMINA REG. G04240/2022	N. 4 INCONTRI CON ALTOSPENDING. INVIO VERBALI DI INCONTRO CON RELAZIONE EVIDENZA ALTOSPENDING A CDG E RISPETTO INDICATORI REGIONALI	N. 4 INCONTRI CON ALTOSPENDING. INVIO VERBALI DI INCONTRO CON RELAZIONE EVIDENZA ALTOSPENDING A CDG E RISPETTO INDICATORI REGIONALI	10	
	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET 2023 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	5	
		ATTIVAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	5	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE


SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	UOC DISTRETTO 2 SALARIO - MIRTENSE					
DR. FLAVIO MANCINI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOGLIERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	4	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	4	
	A2.3	AUDIT CON MMG/PLS/SPECIALISTICA AMBULATORIALE	ALMENO 6 L'ANNO	ALMENO 6 L'ANNO	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	5	
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.10	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE P (SU TOTALE CLASSE P) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 120 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.9	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE D (SU TOTALE CLASSE D) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 30 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.6	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE ENTRO SOGLIA SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE	≥90%	≥90%	5	
	B2.8	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE B (SU TOTALE CLASSE B) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 10 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	100% DEL PROGRAMMA PL14	100% DEL PROGRAMMA PL14	5	
	B4.3	INCREMENTO PAZIENTI ARRUOLATI NEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI PER CRONICITA' ED EQUIPE ITINERANTE	≥ 15% E REPORT DETTAGLIATO ANNUALE SU ATTIVITA' SVOLTA	≥ 15% E REPORT DETTAGLIATO ANNUALE SU ATTIVITA' SVOLTA	5	

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.4	MONITORAGGIO PAZIENTI ARRUOLATI IN PDTA	INCREMENTO DEL 10% DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO PER OGNI PDTA (DIABETE, BPCO, SCOMPENSO, ARTRITE REUMATOIDE) SULLA BASE DEI PAZIENTI IDENTIFICATI DAL SIS	INCREMENTO DEL 10% DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO PER OGNI PDTA (DIABETE, BPCO, SCOMPENSO, ARTRITE REUMATOIDE) SULLA BASE DEI PAZIENTI IDENTIFICATI DAL SIS	5	INCREMENTO VERTICALE E ORIZZONTALE
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		ATTIVAZIONE PROGETTO PAE ODONTOIATRIA COMUNITARIA	3	
	B6.40	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90% PER SPECIALISTI AMBULATORIALI E MMG	≥90% PER SPECIALISTI AMBULATORIALI E MMG	5	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.2	SCARICO DEL MATERIALE E RENDICONTAZIONE ALLA FARMACIA DEI DISPOSITIVI MEDICI UTILIZZATI IN C/VISIONE O C/DEPOSITO (ATTRAVERSO SISTEMA OLIAMM) ENTRO 7 GG DALL'INTERVENTO (CASA DELLA SALUTE MAGLIANO)	100%	100%	5	
	C3.5	CORRETTA REGISTRAZIONE ASSISTITI NEL FLUSSO SIATESS	100%	≥ 80% PER LA PARTE DI COMPETENZA EFFETTUATA AI FRONT OFFICE PUA	5	
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO FASCICOLO AMBULATORIALE INFORMATIZZATO		≥ 60% EROGATO	4	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN OLIAMM	100%	100%	5	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.13	INCONTRI TRIMESTRALI CON MMG/PLS IN RELAZIONE AI REPORT DI SPESA E APPROPRIATEZZA ELABORATI DALLA UO POLITICHE DEL FARMACO - DETERMINA REG. G04240/2022	N. 4 INCONTRI CON ALTOSPENDENTI. INVIO VERBALI DI INCONTRO CON RELAZIONE EVIDENZA ALTOSPENDENTI A CDG E RISPETTO INDICATORI REGIONALI	N. 4 INCONTRI CON ALTOSPENDENTI. INVIO VERBALI DI INCONTRO CON RELAZIONE EVIDENZA ALTOSPENDENTI A CDG E RISPETTO INDICATORI REGIONALI	10	
	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET 2023 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	5	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI		ATTIVAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	5	
					100	


SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI		UOC DISTRETTO 2 SALARIO - MIRTENSE				
		DR. FLAVIO MANCINI				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOGLIERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	4	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	4	
	A2.3	AUDIT CON MMG/PLS/SPECIALISTICA AMBULATORIALE	ALMENO 6 L'ANNO	ALMENO 6 L'ANNO	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	5	
B - APPROPRIATEZZA						
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.10	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE P (SU TOTALE CLASSE P) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 120 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.9	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE D (SU TOTALE CLASSE D) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 30 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.6	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE ENTRO SOGLIA SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE	≥90%	≥90%	5	
	B2.8	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE B (SU TOTALE CLASSE B) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 10 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	100% DEL PROGRAMMA PL14	100% DEL PROGRAMMA PL14	5	
	B4.3	INCREMENTO PAZIENTI ARRUOLATI NEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI PER CRONICITA' ED EQUIPE ITINERANTE	≥ 15% E REPORT DETTAGLIATO ANNUALE SU ATTIVITA' SVOLTA	≥ 15% E REPORT DETTAGLIATO ANNUALE SU ATTIVITA' SVOLTA	5	

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.4	MONITORAGGIO PAZIENTI ARRUOLATI IN PDTA	INCREMENTO DEL 10% DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO PER OGNI PDTA (DIABETE, BPCO, SCOMPENSO, ARTRITE REUMATOIDE) SULLA BASE DEI PAZIENTI IDENTIFICATI DAL SIS	INCREMENTO DEL 10% DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO PER OGNI PDTA (DIABETE, BPCO, SCOMPENSO, ARTRITE REUMATOIDE) SULLA BASE DEI PAZIENTI IDENTIFICATI DAL SIS	5	INCREMENTO VERTICALE E ORIZZONTALE
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		ATTIVAZIONE PROGETTO PAE ODONTOIATRIA COMUNITARIA	3	
	B6.40	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90% PER SPECIALISTI AMBULATORIALI E MMG	≥90% PER SPECIALISTI AMBULATORIALI E MMG	5	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.2	SCARICO DEL MATERIALE E RENDICONTAZIONE ALLA FARMACIA DEI DISPOSITIVI MEDICI UTILIZZATI IN C/VISIONE O C/DEPOSITO (ATTRAVERSO SISTEMA OLIAMM) ENTRO 7 GG DALL'INTERVENTO (CASA DELLA SALUTE MAGLIANO)	100%	100%	5	
	C3.5	CORRETTA REGISTRAZIONE ASSISTITI NEL FLUSSO SIATESS	100%	≥ 80% PER LA PARTE DI COMPETENZA EFFETTUATA AI FRONT OFFICE PUA	5	
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATIVI	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO FASCICOLO AMBULATORIALE INFORMATIZZATO		≥ 60% EROGATO	4	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN OLIAMM	100%	100%	5	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.13	INCONTRI TRIMESTRALI CON MMG/PLS IN RELAZIONE AI REPORT DI SPESA E APPROPRIATEZZA ELABORATI DALLA UO POLITICHE DEL FARMACO - DETERMINA REG. G04240/2022	N. 4 INCONTRI CON ALTOSPENDENTI. INVIO VERBALI DI INCONTRO CON RELAZIONE EVIDENZA ALTOSPENDENTI A CDG E RISPETTO INDICATORI REGIONALI	N. 4 INCONTRI CON ALTOSPENDENTI. INVIO VERBALI DI INCONTRO CON RELAZIONE EVIDENZA ALTOSPENDENTI A CDG E RISPETTO INDICATORI REGIONALI	10	
	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET 2023 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	5	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI		ATTIVAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	5	
					100	


SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL Rieti	UOC CARDIOLOGIA - UTIC					
	DR. AMIR KOL					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI OPE LEGIS	4	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	4	
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	4	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	PARS: UTILIZZO CONSENSO INFORMATO COME DA LINEE GUIDA REGIONALI	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	4	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.1	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 197/2023)	≥90%	≥90%	5	
	B2.8	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE B (SU TOTALE CLASSE B) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 10 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.9	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE D (SU TOTALE CLASSE D) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 30 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.6	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN TELEMEDICINA	ATTIVAZIONE TELEMEDICINA PENITENZIARIA	ATTIVAZIONE TELEMEDICINA PENITENZIARIA	2	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.3	RIUNIONI CON MMG E SPECIALISTI A CONVENZIONE SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	N. 4 L'ANNO	N. 3 L'ANNO	3	
	B6.49	DEGENZA MEDIA	≤ 8 GG.	≤ 8 GG.	5	
	B6.11	INDICE DI CASE MIX (COMPLESSITA DEL DRG)	≥1	≥1	5	
	B6.19	PREVALE: MORTALITA' A 30 GG PER IMA DAL 1° ACCESSO	≤ 7,8%	≤ 7,8%	2	
	B6.23	PREVALE: PAZIENTI CON IMA STEMI TRATTATI ENTRO 90 MINUTI	≥55%	≥55%	4	
	B6.40	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	5	
	B6.42	DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA PER PAZIENTI IN ELEZIONE	< 1 GG	< 1 GG	3	

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.45	LDP: EVIDENZA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA DELLE SPECIFICHE MISURE DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LDP (RISP. DOC. REGIONALE)	100%	100%	3	
	B6.46	INFEZIONI OSPEDALIERE: PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE DEL DOCUMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	3	
	B6.47	CADUTE: EVIDENZA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA DELLE SPECIFICHE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEL PAZIENTE RISPETTO AL RISCHIO CADUTE (RISP. DOC. REGIONALE)	100% DA ATTIVAZIONE PIANI DI ASSISTENZA STANDARDIZZATI	100% DA ATTIVAZIONE PIANI DI ASSISTENZA STANDARDIZZATI	3	
		PROGRAMMAZIONE FOLLOW UP PZ DIMESSI		≥ 90%	2	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.17	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: CHIUSURA SDO E COMPLETEZZA DATI ENTRO 72 H DALLA DIMISSIONE	≥ 90%	≥ 90%	4	
	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO FASCICOLO AMBULATORIALE INFORMATIZZATO	≥90%	≥90%	4	
	C3.2	SCARICO DEL MATERIALE E RENDICONTAZIONE ALLA FARMACIA DEI DISPOSITIVI MEDICI UTILIZZATI IN C/VISIONE O C/DEPOSITO (ATTRAVERSO SISTEMA OLIAMMA) ENTRO 7 GG DALL'INTERVENTO	100%	100% CHIUSURA VERBALE OPERATORIO AL TERMINE DELL'INTERVENTO	8	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.3	INCREMENTO ATTIVITA' PRODUTTIVA RISPETTO AL 2022	> 10% ATTIVITA' DI BASE (HOLTER, ECG, ..)	> 10% ATTIVITA' DI BASE (HOLTER, ECG, ..)	3	
	D3.9	SPESA PER DISPOSITIVI 2023	2023=2022	2023=2022	5	
		PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DIPARTIMENTALI	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	5	
					100	

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

		UOC CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA				
		DR. LUIGI RAPARELLI				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	3	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	3	
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	3	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.10	QUESTIONARIO DI PREOSPEDALIZZAZIONE	CORRETTA COMPILAZIONE	CORRETTA COMPILAZIONE	4	
	B1.2	PARS: UTILIZZO CONSENSO INFORMATO COME DA LINEE GUIDA REGIONALI	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	4	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.1	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 197/2023)	≥90%	≥90%	5	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.38	PAZIENTI POSITIVI TEST DI SCREENING	COLLABORAZIONE NELLA STESURA DELLA PROCEDURA GESTIONE REFERTI POSITIVI DI ANATOMIA PATOLOGICA	COLLABORAZIONE NELLA STESURA DELLA PROCEDURA GESTIONE REFERTI POSITIVI DI ANATOMIA PATOLOGICA	4	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	ICP: INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE (DEGENZA MEDIA)	≤ 1	≤ 1	5	
	B6.11	INDICE DI CASE MIX (COMPLESSITA DEL DRG)	≥1	≥1	5	
	B6.18	PREVALE: AUMENTO DEGLI INTERVENTI DI COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON DEGENZA ENTRO 3 GG	≥ 85%	≥ 85%	5	
	B6.30	PROPORZIONE DI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA ESEGUITI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ SUPERIORI A 135 ANNUI	100%	100%	5	
	B6.36	RIDUZIONE DI INTERVENTI DI RESEZIONE ENTRO 120 GIORNI DA UN INTERVENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA	≤ 5%	≤ 5%	5	
	B6.38	RIUNIONI PERIODICHE DEI DMT (DISEASE MANAGEMENT TEAM) - TUMORE MAMMELLA, CERVIC UTERINA, COLON RETTO	UNA AL MESE	UNA AL MESE MAMMELLA E COLON RETTO	5	
	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		PERCORSO AMBULATORIO STOMIE	6	
	B6.40	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	4	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023


OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
	B6.42	DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA PER PAZIENTI IN ELEZIONE	< 1 GG	< 1 GG	5	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO FASCICOLO AMBULATORIALE INFORMATIZZATO	≥90%	≥90%	4	
	C3.17	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: CHIUSURA SDO E COMPLETEZZA DATI ENTRO 72 H DALLA DIMISSIONE	≥ 90%	≥ 90%	4	
	C3.2	SCARICO DEL MATERIALE E RENDICONTAZIONE ALLA FARMACIA DEI DISPOSITIVI MEDICI UTILIZZATI IN C/VISIONE O C/DEPOSITO (ATTRAVERSO SISTEMA OLIAMM) ENTRO 7 GG DALL'INTERVENTO	100%	100% CHIUSURA DEL VERBALE OPERATORIO CONTESTUALMENTE ALL'INTERVENTO	4	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.3	INCREMENTO ATTIVITA' PRODUTTIVA RISPETTO AL 2022	> 5%	> 5% ATTIVITA' OPERATORIA	4	
	D3.9	SPESA PER DISPOSITIVI 2023	2023=2022	2023> 5% RISPETTO 2022	4	
	D3.10	SPESA PER FARMACI 2023	2023=2022	2023> 5% RISPETTO 2022	4	
		PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DIPARTIMENTALI	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	5	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 UOC CHIRURGIA VASCOLARE						
		DOTT. MASSIMO RUGGERI				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI OPE LEGIS	3	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	2	
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	5	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.10	QUESTIONARIO DI PREOSPEDALIZZAZIONE	CORRETTA COMPILAZIONE	CORRETTA COMPILAZIONE	4	
	B1.2	PARS: UTILIZZO CONSENSO INFORMATO COME DA LINEE GUIDA REGIONALI	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	4	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.1	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 197/2023)	≥90%	≥90%	5	CON INCREMENTO DI 1 GETTONE A 20 H SETT
	B2.10	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE P (SU TOTALE CLASSE P) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 120 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.6	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE ENTRO SOGLIA SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE	≥90%	≥90%	5	
	B2.7	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI UTENTI CON ATTESA >120 GIORNI SUL TOTALE DEGLI UTENTI PRENOTATI NELLA SETTIMANA INDICE	≤ 90%	≤ 90%	5	
	B2.8	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE B (SU TOTALE CLASSE B) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 10 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.9	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE D (SU TOTALE CLASSE D) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 30 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.3	RIUNIONI CON MMG E SPECIALISTI A CONVENZIONE SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	N. 4 L'ANNO	N. 3 L'ANNO	5	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.10	ICP: INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE (DEGENZA MEDIA)	≤ 1	≤ 1	8	ESCLUSO PIEDE DIABETICO
	B6.11	INDICE DI CASE MIX (COMPLESSITA DEL DRG)	≥1	≥1	3	
	B6.40	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	3	
	B6.42	DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA PER PAZIENTI IN ELEZIONE	< 1 GG	< 1 GG	5	

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023


OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO FASCICOLO AMBULATORIALE INFORMATIZZATO	≥90%	≥90%	3	
	C3.17	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: CHIUSURA SDO E COMPLETEZZA DATI ENTRO 72 H DALLA DIMISSIONE	≥ 90%	≥ 90%	2	
	C3.2	SCARICO DEL MATERIALE E RENDICONTAZIONE ALLA FARMACIA DEI DISPOSITIVI MEDICI UTILIZZATI IN C/VISIONE O C/DEPOSITO (ATTRAVERSO SISTEMA OLIAMMA) ENTRO 7 GG DALL'INTERVENTO	100%	100% CHIUSURA DEL VERBALE OPERATORIO CONTESTUALMENTE ALL'INTERVENTO	5	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER FARMACI 2023	2023=2022	2023=2022	3	
	D3.9	SPESA PER DISPOSITIVI 2023	2023=2022	2023 > 5% RISPETTO 2022	5	
	D3.3	INCREMENTO ATTIVITA' PRODUTTIVA RISPETTO AL 2022	> 5%	> 5%	5	
		PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DIPARTIMENTALI	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	5	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DR. STEFANO CANITANO					
OBIETTIVO GENERICO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA					
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	5
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	5
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	5
B - APPROPRIATEZZA					
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	PARS: UTILIZZO CONSENSO INFORMATO COME DA LINEE GUIDA REGIONALI	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	5
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.6	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE ENTRO SOGLIA SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE	≥90%	≥85%	6
	B2.7	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI UTENTI CON ATTESA >120 GIORNI SUL TOTALE DEGLI UTENTI PRENOTATI NELLA SETTIMANA INDICE	≤ 90%	≤ 85%	6
	B2.8	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE B (SU TOTALE CLASSE B) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 10 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥85%	6
	B2.9	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE D (SU TOTALE CLASSE D) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 30 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥97% (60 GIORNI PER LE PRESTAZIONI STRUMENTALI)	≥85% (60 GIORNI PER LE PRESTAZIONI STRUMENTALI)	6
	B2.10	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE P (SU TOTALE CLASSE P) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 120 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥85%	6
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.28	TASSI DI COPERTURA (TDC) DEI PROGRAMMI DI SCREENING PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA	≥ 60%	≥ 60%	14
	B3.35	MIGLIORAMENTO DEL TEMPO DI ATTESA DELL'ESECUZIONE APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO SCREENING MAMMOGRAFICO. TEMPO DI ATTESA TRA DATA ESECUZIONE MAMMOGRAFIA DI SCREENING E LA DATA ESECUZIONE APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO	% SOGGETTI CON APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO ENTRO 28GG ≥ 90%	% SOGGETTI CON APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO ENTRO 28GG ≥ 90%	6
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.3	RIUNIONI CON MMG E SPECIALISTI A CONVENZIONE SU APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	N. 4 L'ANNO	N. 4 L'ANNO	10
	B6.40	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	4

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI		GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	TEMPI CHE INTERCONNONO TRA IL TRIAGE MEDICO, CIOÈ IL MOMENTO IN CUI IL MEDICO PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE PER RACCOGLIERE L'ANAMNESI ED AVVIARE L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, E LA DIMISSIONE IN CASO DI ESITO "RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA", RAPPORTATO AL NUMERO DEGLI ACCESSI IN PS CHE HANNO ESITO "RICOVERO" = 480'	TEMPI CHE INTERCONNONO TRA IL TRIAGE MEDICO, CIOÈ IL MOMENTO IN CUI IL MEDICO PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE PER RACCOGLIERE L'ANAMNESI ED AVVIARE L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, E LA DIMISSIONE IN CASO DI ESITO "RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA", RAPPORTATO AL NUMERO DEGLI ACCESSI IN PS CHE HANNO ESITO "RICOVERO" = 480'	5
		IMPLEMENTAZIONE RIS PACS		ATTIVAZIONE NEL 90% DELLE SEDI OSPEDALIERE	6
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA					
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER DISPOSITIVI 2023	2023=2022	2023=2022	5
					100

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE


SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 UOC DIREZIONE MEDICO OSPEDALIERA						
DR. MASSIMILIANO ANGELUCCI						
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOGLIERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	7	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	5	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	RISCHIO INFETTIVO: OBIETTIVO A, ATTIVITA' 1; OBIETTIVO B, ATTIVITA' 3; OBIETTIVO C, ATTIVITA' 3, 5 INVIO RELAZIONE PER SINGOLO OBIETTIVO E ATTIVITA' CON AZIONI ESPLETATE A CDG	RISCHIO INFETTIVO: OBIETTIVO A, ATTIVITA' 1; OBIETTIVO B, ATTIVITA' 3; OBIETTIVO C, ATTIVITA' 3, 5 INVIO RELAZIONE PER SINGOLO OBIETTIVO E ATTIVITA' CON AZIONI ESPLETATE A CDG	10	
	B1.5	VERIFICA DELL'USO APPROPRIATO ANTIBIOTICI IN PAZIENTI CON ICA SECONDO PROTOCOLLO AZIENDALE	A CAMPIONE SU CARTELLE MALATTIE INFETTIVE E MEDICINA	A CAMPIONE SU CARTELLE MALATTIE INFETTIVE E MEDICINA	5	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.5	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI PER CLASSE DI PRIORITA' - COORDINAMENTO	INVIO REPORT TRIMESTRALE A CDG CON UU.OO. PER MONITORAGGIO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	INVIO REPORT TRIMESTRALE A CDG CON UU.OO. PER MONITORAGGIO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	5	
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.38	PAZIENTI POSITIVI TEST DI SCREENING	COLLABORAZIONE NELLA STESURA DELLA PROCEDURA GESTIONE REFERTI POSITIVI DI ANATOMIA PATOLOGICA	COLLABORAZIONE NELLA STESURA DELLA PROCEDURA GESTIONE REFERTI POSITIVI DI ANATOMIA PATOLOGICA	10	
	B6.14	INCONTRI PER INDICATORI PREVALE	ORGANIZZAZIONE ALMENO 3 INCONTRI CON ORTOPEDIA E GINECOLOGIA	ORGANIZZAZIONE ALMENO 3 INCONTRI CON ORTOPEDIA E GINECOLOGIA	10	
	B6.12	PATIENT BLOOD MANAGEMENT	REDAZIONE E MONITORAGGIO PROCEDURA ENTRO IL _____	REDAZIONE E MONITORAGGIO PROCEDURA ENTRO IL 30/06/2023	5	IN COLLABORAZIONE E CON TRASFUSIONALE, DIP. CHIRURGIA E ANEST. E RIAN

LA DIREZIONE STRATEGICA


IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		GESTIONE CAMBIO SETTING, INTERAZIONE CON COT E USO APPLICATIVO SIRA. N. DI PZ VALUTATI CON SIRA/TOT PZ DIMESSI IN RSA ≥ 70%	10	
				COLLABORAZIONE CON DIPARTIMENTO DI MEDICINA PER QUANTO DI COMPETENZA PER IL RECEPIMENTO DEL PDTA "PATOLOGIE OBESITA' DELL'ADULTO" (DGR G01768 DEL 13/02/23)	3	ATTIVITA' A CARICO DELLA UOS DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA A VALENZA OSPE/TERR
		GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	TEMPI CHE INTERCONNONO TRA IL TRIAGE MEDICO, CIOÈ IL MOMENTO IN CUI IL MEDICO PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE PER RACCOLGERE L'ANAMNESI ED AVVIARE L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, E LA DIMISSIONE IN CASO DI ESITO "RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA", RAPPORTATO AL NUMERO DEGLI ACCESSI IN PS CHE HANNO ESITO "RICOVERO" = 480'	TEMPI CHE INTERCONNONO TRA IL TRIAGE MEDICO, CIOÈ IL MOMENTO IN CUI IL MEDICO PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE PER RACCOLGERE L'ANAMNESI ED AVVIARE L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, E LA DIMISSIONE IN CASO DI ESITO "RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA", RAPPORTATO AL NUMERO DEGLI ACCESSI IN PS CHE HANNO ESITO "RICOVERO" = 480'	3	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.8	TRIAGE INTRA OSPEDALIERO	ADOZIONE DELLA REVISIONE DEL MANUALE REGIONALE ENTRO IL 15 APRILE 2023, DIFFUSIONE E FORMAZIONE AGLI OPERATORI	ADOZIONE DELLA REVISIONE DEL MANUALE REGIONALE ENTRO IL 15 APRILE 2023, DIFFUSIONE E FORMAZIONE AGLI OPERATORI	4	AUDIT MENSILI PS DI MONITOAGGIO
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLODAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO DELLA CARTELLA INFORMATIZZATA	VERIFICA A CAMPIONE PER UU.OO. (3% DELLE CARTELLE) DELLA QUALITA' E COMPLETEZZA DEI DATI INSERITI. REPORT SEMESTRALE A CDG	REPORT SEMESTRALE USO FASCICOLO AMBULATORIALE ELETTRONICO PER UU.OO. OSPEDALIERE.	8	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.12	VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI RICHIESTI DA PARTE DEGLI AA.GG. E GOVERNO EROGATORI ACCREDITATI FINALIZZATI ALLA LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE DA PARTE DELLE UU.OO.	100%	100%	10	
					100	


SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 UOC ECONOMICO FINANZIARIO DOTT.SSA ANTONELLA ROSSETTI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOLGERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	5	
	A1.2	REPORT ANNUALE AL CONTROLLO DI GESTIONE SUL MONITORAGGIO EFFETTUATO SUGLI ADEMPIMENTI DEL PIANO ANTICORRUZIONE DELLE ALTRE STRUTTURE	N. 1 REPORT CON RISPETTO INDICATORI PER SINGOLO CDN	N. 1 REPORT CON RISPETTO INDICATORI PER SINGOLO CDN	5	
	A1.3	CORRETTA COMPILAZIONE IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE DELLA GRIGLIA DI RILEVAZIONE PROPEDEUTICA ALLA FORMULAZIONE DELL'ATTESTAZIONE DI COMPETENZA	PUBBLICAZIONE SUL SITO NELL'AREA AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE. 100%	PUBBLICAZIONE SUL SITO NELL'AREA AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE. 100%	10	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	5	
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.14	MONITORAGGIO DELLE PROGETTUALITA' DEL PNRR	ATTUAZIONE DI QUANTO PREVISTO, PER LA PARTE DI PROPRIA COMPETENZA, NELLA DETERMINA AZIENDALE N. 24/23	ATTUAZIONE DI QUANTO PREVISTO, PER LA PARTE DI PROPRIA COMPETENZA, NELLA DETERMINA AZIENDALE N. 24/23	5	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		PREDISPOSIZIONE DI UNA PROCEDURA PER LA RICONCILIAZIONE DEGLI INCASSI CUP RELATIVAMENTE ALLE PRESTAZIONI IN INTRAMOENIA	3	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C2.2	ADEMPIERE ALLE INDICAZIONI DATE DAL SICO IN MATERIA DI ADEGUAMENTO ALLE INDICAZIONI NORMATIVE E TECNICO ORGANIZZATIVE IN MATERIA DI SICUREZZA INFORMATICA	RISPETTO DEL 100% DELLE INDICAZIONI	RISPETTO DEL 100% DELLE INDICAZIONI	5	

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
IMPLEMENTAZIONE CO.AN.	D1.2	COERENZA DEL PIANO DEI CENTRI DI RESPONSABILITÀ E DI COSTO CON LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	100%	100%	2	
	D1.3	QUADRATURA TRA CONTABILITÀ GENERALE E CONTABILITÀ ANALITICA	100%	100%	2	
	D1.4	RILEVAZIONE MENSILE DI CONTABILITA' ANALITICA (TEMPLATE)	100%	100%	2	
	D1.5	UTILIZZO DELLA CONTABILITÀ ANALITICA PER LA COMPILAZIONE DEI L.A.	100%	100%	2	
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.1	PAGAMENTO ENTRO 30 GG DALLA LIQUIDAZIONE	100%	100%	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.4	MONITORAGGIO TRIMESTRALE DELLA SPESA RISPETTO AL CONCORDATO	N. 4 REPORT	N. 4 REPORT E ADOZIONE DI EVENTUALI CORRETTIVI TESI AL RISPETTO DEL BUDGET CONCORDATO	9	
	D3.7	REPORTISTICA TRIMESTRALE CON EVIDENZA DELLO SCOSTAMENTO RISPETTO AL BUDGET REGIONALE ASSEGNATO ALLE UO AZIENDALI	N. 4 REPORT	N. 4 REPORT E ADOZIONE DI EVENTUALI CORRETTIVI TESI AL RISPETTO DEL BUDGET CONCORDATO	5	
		GESTIONE DELLA PIATTAFORMA PER IL MONITORAGGIO DEI CREDITI COMMERCIALI	CORRETTA E TEMPESTIVA ALIMENTAZIONE DELLA PIATTAFORMA PCC	CORRETTA E TEMPESTIVA ALIMENTAZIONE DELLA PIATTAFORMA PCC	5	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.3	CONSEGUIMENTO DELLE AZIONI POSTE ALLA BASE DELLA REALIZZAZIONE DEL PAC NEL RISPETTO DELLE TEMPSTICHE PROGRAMMATE	RELAZIONE SULL'ATTUAZIONE DELLE AZIONI E SUL RISPETTO DELLE TEMPSTICHE 100%	RELAZIONE SULL'ATTUAZIONE DELLE AZIONI E SUL RISPETTO DELLE TEMPSTICHE 100%	5	
	D4.7	REPORT OGNI 15 GG DELLE FATTURE SCADUTE/IN SCADENZA ALLE UUOO INTERESSATE	100%	100%	5	
	D4.13	PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE	RISPETTO DELLE SCADENZE DETTATE DA UOC SSO PER L'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE DI COMPETENZA	RISPETTO DELLE SCADENZE DETTATE DA UOC SSO PER L'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE DI COMPETENZA RICHIESTO ALMENO 30 GIORNI PRIMA	5	
	D4.18	RUP/DEC CONTRATTI	ACCANTONAMENTO IN BILANCIO INCENTIVAZIONE RUP/DEC	ACCANTONAMENTO IN BILANCIO INCENTIVAZIONE RUP/DEC PER I CONTRATTI ANNO 2023. AVVIO ISTRUTTORIA PER LA VERIFICA LIQUIDAZIONE RUP/DEC 2022	5	
					100	

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI		UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA DR. GIANLUCA FOVI DE RUGGIERO				
OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOGLIERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	5	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	3	
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE	B3.19	PRP: ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE	- MEDICINA DELLO SPORT	AZIONI RELATIVE ALLA MEDICINA DELLO SPORT	9	
	B3.20	RAGGIUNGIMENTO DELL'ADEMPIMENTO LEA RIGUARDO LA COPERTURA DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE SULLA POPOLAZIONE DI ETA' > 65 ANNI	75%	70%	7	
	B3.8	COPERTURA VACCINALE HPV	100% DELLA DOMANDA	100% DELLA DOMANDA	5	
		OFFERTA TEST DI SCREENING HCV	≥ 75% POPOLAZIONE TARGHET COME DA DGR 197/2023	≥ 75% POPOLAZIONE TARGHET COME DA DGR 197/2023	5	
	B3.26	TASSI DI COPERTURA (TDC) DEI PROGRAMMI DI SCREENING PER IL TUMORE DEL COLON RETTO	≥ 50%	≥ 25%	10	
	B3.27	TASSI DI COPERTURA (TDC) DEI PROGRAMMI DI SCREENING PER IL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA	≥ 50%	≥ 50%	5	
	B3.28	TASSI DI COPERTURA (TDC) DEI PROGRAMMI DI SCREENING PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA	≥ 60%	≥ 50%	10	
	B3.35	MIGLIORAMENTO DEL TEMPO DI ATTESA DELL'ESECUZIONE APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO SCREENING MAMMOGRAFICO. TEMPO DI ATTESA TRA DATA ESECUZIONE MAMMOGRAFIA DI SCREENING E LA DATA ESECUZIONE APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO	% SOGGETTI CON APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO ENTRO 28GG ≥ 90%	% SOGGETTI CON APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO ENTRO 28GG. VALUTATO COME DA TABELLA DGR 1111/22	5	
	B3.36	MIGLIORAMENTO DEL TEMPO DI ATTESA DELL'ESECUZIONE PRIMA COLONSCOPIA DI APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO SCREENING COLON RETTO. TEMPO DI ATTESA TRA DATA REFERTAZIONE TEST SANGUE OCCULTO FECALE E DATA ESECUZIONE I COLONSCOPIA.	% SOGGETTI CON APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO ENTRO 30GG ≥ 90%	% SOGGETTI CON APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO ENTRO 30GG. VALUTATO COME DA TABELLA DGR 1111/22	7	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023


OBIETTIVO	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
	B3.33	VERIFICA DEI REQUISITI STRUTTURALI ED IGIENICO SANITARI DELLE STRUTTURE NATATORIE STAGIONALI DELLA PROVINCIA DI RIETI	N. STRUTTURE VERIFICATE/N. COMUNICAZIONI INIZIO ATTIVITA' INVIATE DAI COMUNI = 100%	VERIFICA DI N. 20 STRUTTURE ESTRAPOLATE IN MODALITA' RANDOM DAL CENSIMENTO PROVINCIALE CHE NON HANNO PRESENTATO SCIA NEL 2022	8	
	B3.34	VERIFICA DEI REQUISITI STRUTTURALI ED IGIENICO SANITARI DELLE STRUTTURE CIMITERIALI DELLA PROVINCIA DI RIETI	N. STRUTTURE VERIFICATE/N. STRUTTURE PRESENTI NEL TERRITORIO = 20%	N. STRUTTURE VERIFICATE/N. STRUTTURE PRESENTI NEL TERRITORIO = 20%	6	
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.6	ATTIVITA' AMBULATORIALE MEDICINA DELLO SPORT.	2023 ≥ 2022	2023 > 2022	5	
		PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DIPARTIMENTALI	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	5	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI		UOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA ACCETTAZIONE DR. WALTER ROSCETTI					
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE	
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA							
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI OPE LEGIS	5		
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	5		
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	4		
B - APPROPRIATEZZA							
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.7	PARS: LINEE GUIDA REGIONALI CONSENSO INFORMATO	INFORMATIZZAZIONE CONSENSO INFORMATO SU GIPSEWEB IN COLLABORAZIONE CON RISK	INFORMATIZZAZIONE CONSENSO INFORMATO SU GIPSEWEB IN COLLABORAZIONE CON RISK	5		
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.8	TRIAGE INTRA OSPEDALIERO	ADOZIONE DELLA REVISIONE DEL MANUALE REGIONALE ENTRO IL 15 APRILE 2023 E DIFFUSIONE	ADOZIONE DELLA REVISIONE DEL MANUALE REGIONALE ENTRO IL 15 APRILE 2023 E DIFFUSIONE	5		
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI		ACCESSI IN PS CON TEMPO MEDIO DI ATTESA > 24 ORE	< 10%	< 10%	5		
	B6.10	ICP: INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE (DEGENZA MEDIA)	≤ 1 (MURG)	≤ 1 (MURG)	5		
	B6.23	PREVALE: PAZIENTI CON IMA STEMI TRATTATI ENTRO 90 MINUTI	≥ 55%	≥ 55%	5		
	B6.25	PREVALE: PROPORZIONE DI RICOVERI PER FRATTURA COLLO FEMORE CON INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO DUE GIORNI IN PAZIENTI ULTRA 65 ENNI	≥ 65 %	≥ 65 %	5		
	B6.35	RICOVERI PROVENIENTI DA PS. PROGRESSIVO MIGLIORAMENTO VERSO LO STANDARD INDIVIDUATO	≤ 21%	≤ 21%	5		
	B6.43	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	% CHIUSURA SCHEDE DEL PS < 12 ORE ≥ 75%	% CHIUSURA SCHEDE DEL PS < 12 ORE ≥ 75%	5		
	B6.43	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	% DI PAZIENTI DIMESSI VERSO PERCORSO AMBULATORIALE = 5% ACCESSI	% DI PAZIENTI DIMESSI VERSO PERCORSO AMBULATORIALE = 5% ACCESSI	5		
	B6.43	GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	% RICOVERI DA PS CON CODICE ROSSO CON PERMANENZA SUPERIORE A 24 H ≤ 25%	% RICOVERI DA PS CON CODICE ROSSO CON PERMANENZA SUPERIORE A 24 H ≤ 25%	5		
			GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO IN PS	TEMPI CHE INTERCONNONO TRA IL TRIAGE MEDICO, CIOÈ IL MOMENTO IN CUI IL MEDICO PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE PER RACCOLGERE L'ANAMNESI ED AVVIARE L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, E LA DIMISSIONE IN CASO DI ESITO "RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA", RAPPORATO AL NUMERO DEGLI ACCESSI IN PS CHE HANNO ESITO "RICOVERO" - 480'	TEMPI CHE INTERCONNONO TRA IL TRIAGE MEDICO, CIOÈ IL MOMENTO IN CUI IL MEDICO PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE PER RACCOLGERE L'ANAMNESI ED AVVIARE L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, E LA DIMISSIONE IN CASO DI ESITO "RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA", RAPPORATO AL NUMERO DEGLI ACCESSI IN PS CHE HANNO ESITO "RICOVERO" - 480'	5	
	B6.45	LDP: EVIDENZA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA DELLE SPECIFICHE MISURE DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LDP (RISP. DOC. REGIONALE)	100%	100%	4		
B6.46	INFEZIONI OSPEDALIERE: PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE DEL DOCUMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	4			

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023


OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
	B6.47	CADUTE: EVIDENZA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA DELLE SPECIFICHE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEL PAZIENTE RISPETTO AL RISCHIO CADUTE (RISP. DOC. REGIONALE)	100% DA ATTIVAZIONE PIANI DI ASSISTENZA STANDARDIZZATI	100% DA ATTIVAZIONE PIANI DI ASSISTENZA STANDARDIZZATI	4	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.17	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: CHIUSURA SDO E COMPLETEZZA DATI ENTRO 72 H DALLA DIMISSIONE	≥ 90%	≥ 90%	4	MURG
	C3.19	RICHIESTA E CONTROLLO DI REFERTAZIONE SU GIPSE WEB DI TUTTE LE PRESTAZIONI INTERMEDIE DA PARTE DEGLI SPECIALISTI	100%	100%	4	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER FARMACI 2023	2023=2022	2023=2022	3	
	D3.9	SPESA PER DISPOSITIVI 2023	2023=2022	2023=2022	3	
		PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DIPARTIMENTALI	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	5	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

		UOC MEDICINA INTERNA				
		DR. LUCA MORICONI				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	4	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	4	
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	4	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.2	PARS: UTILIZZO CONSENSO INFORMATO COME DA LINEE GUIDA REGIONALI	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	4	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.6	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE ENTRO SOGLIA SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE	≥90%	≥90%	5	
	B2.8	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE B (SU TOTALE CLASSE B) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 10 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.9	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE D (SU TOTALE CLASSE D) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 30 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.6	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN TELEMEDICINA	ATTIVAZIONE TELEMEDICINA PENITENZIARIA E CON COT	ATTIVAZIONE TELEMEDICINA PENITENZIARIA E CON COT	4	
	B4.11	RISPETTO INDICATORI PDTA SCOMPENSO CARDIACO PREVALE	100%	≥90%	5	
	B4.17	UNITA' VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE OSPEDALIERA	N. PZ UVM ATTIVATI DA OSPEDALE / N. PZ UVM (OSP+DISTRETTO) = 20%	N. PZ UVM ATTIVATI DA OSPEDALE / N. PZ UVM (OSP+DISTRETTO) = 20%	5	
	B6.11	INDICE DI CASE MIX (COMPLESSITA DEL DRG)	≥1	≥1	5	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
	B6.34	RICOVERI PROVENIENTI DA PS IN REPARTO	TEMPI CHE INTERCONNONO TRA IL TRIAGE MEDICO IN PS, CIOÈ IL MOMENTO IN CUI IL MEDICO PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE PER RACCOGLIERE L'ANAMNESI ED AVVIARE L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, E LA DIMISSIONE IN CASO DI ESITO "RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA", RAPPORTATO AL NUMERO DEGLI ACCESSI IN PS CHE HANNO ESITO "RICOVERO" = 480'	TEMPI CHE INTERCONNONO TRA IL TRIAGE MEDICO IN PS, CIOÈ IL MOMENTO IN CUI IL MEDICO PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE PER RACCOGLIERE L'ANAMNESI ED AVVIARE L'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO, E LA DIMISSIONE IN CASO DI ESITO "RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA", RAPPORTATO AL NUMERO DEGLI ACCESSI IN PS CHE HANNO ESITO "RICOVERO" = 480'	5	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023


OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		AZIONE DI COORDINAMENTO PER IL RECEPIMENTO DEL PDTA DI COMPETENZA DI CUI ALLA DGR G01768 DEL 13/02/2023 IN COLLABORAZIONE CON DIP. MEDICINA FACENDO ACCORDI CON HUB REGIONALI	5	
	B6.40	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	5	
	B6.45	LDP: EVIDENZA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA DELLE SPECIFICHE MISURE DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LDP (RISP. DOC. REGIONALE)	100%	100%	5	
	B6.46	INFEZIONI OSPEDALIERE: PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE DEL DOCUMENTO SUL LAVAGGIO DELLE MANI	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE/N. OPPORTUNITA'=100%	5	
	B6.47	CADUTE: EVIDENZA NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA/INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA DELLE SPECIFICHE MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEL PAZIENTE RISPETTO AL RISCHIO CADUTE (RISP. DOC. REGIONALE)	100% DA ATTIVAZIONE PIANI DI ASSISTENZA STANDARDIZZATI	100% DA ATTIVAZIONE PIANI DI ASSISTENZA STANDARDIZZATI	5	
	B6.7	DEGENZA MEDIA IN MEDICINA GENERALE (CODICE 26) AL NETTO DEI TRASFERIMENTI DA ALTRI REPARTI	≤ 8,5 GIORNI	≤ 8,5 GIORNI	5	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO DELLA CARTELLA INFORMATIZZATA	≥90%	≥90%	2	
	C3.17	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: CHIUSURA SDO E COMPLETEZZA DATI ENTRO 72 H DALLA DIMISSIONE	≥ 90%	≥ 90%	2	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER FARMACI 2023	2023=2022	2023=2022	3	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.9	SPESA PER DISPOSITIVI 2023	2023=2022	2023=2022	3	
		PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DIPARTIMENTALI	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	5	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
		DR. RICCARDO MEZZOPRETE				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	2	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	2	
MIGLIORAMENTO CUSTOMER SATISFACTION	A4.2	QUESTIONARI DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	INCREMENTO DEL 10% RISPETTO AL 2022	2	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.10	QUESTIONARIO DI PREOSPEDALIZZAZIONE	CORRETTA COMPILAZIONE	CORRETTA COMPILAZIONE	3	
	B1.2	PARS: UTILIZZO CONSENSO INFORMATO COME DA LINEE GUIDA REGIONALI	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI PROMOSSI DALLA UOC RISK MANAGEMENT	3	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.1	ATTIVITA' OSPEDALIERA: PERCENTUALE DI RICOVERI IN CLASSE A EFFETTUATI ENTRO 30 GIORNI SUL TOTALE DEI RICOVERI IN CLASSE A IN LISTA (DGR 197/2023)	≥90%	≥90%	5	
	B2.10	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE P (SU TOTALE CLASSE P) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 120 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B2.6	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE ENTRO SOGLIA SUL TOTALE DELLE PRESTAZIONI CRITICHE PRENOTATE	≥90%	≥90%	5	
	B2.7	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI UTENTI CON ATTESA >120 GIORNI SUL TOTALE DEGLI UTENTI PRENOTATI NELLA SETTIMANA INDICE	≤ 90%	≤ 90%	5	
	B2.9	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: PERCENTUALE DI PRESTAZIONI IN CLASSE D (SU TOTALE CLASSE D) CON TEMPO DI ATTESA ENTRO 30 GG. COME DA NUOVO PIANO NAZIONALE LISTE DI ATTESA	≥90%	≥90%	5	
	B6.10	ICP: INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE (DEGENZA MEDIA)	≤ 1	≤ 1	3	
	B6.11	INDICE DI CASE MIX (COMPLESSITA DEL DRG)	≥1	≥1	3	
	B6.14	INCONTRI PER INDICATORI PREVALE	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI ORGANIZZATI DALLA DMO	PARTECIPAZIONE AL 100% DEGLI INCONTRI ORGANIZZATI DALLA DMO	4	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023


OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.25	PREVALE: PROPORZIONE DI RICOVERI PER FRATTURA COLLO FEMORE CON INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO DUE GIORNI IN PAZIENTI ULTRA 65 ENNI	≥65%	≥65%	14	
	B6.26	PREVALE: TEMPO DI ATTESA PER INTERVENTO FRATTURA DI TIBIA PERONE	MEDIANA ≤ 4 GIORNI	MEDIANA ≤ 4 GIORNI	3	
	B6.40	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: % RICETTE DEMATERIALIZZATE SU TOTALE RICETTE	≥90%	≥90%	3	
	B6.42	DEGENZA MEDIA PREOPERATORIA PER PAZIENTI IN ELEZIONE	< 1 GG	< 1 GG	3	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO FASCICOLO AMBULATORIALE INFORMATIZZATO	≥90%	≥60%	4	
	C3.17	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: CHIUSURA SDO E COMPLETEZZA DATI ENTRO 72 H DALLA DIMISSIONE	≥ 90%	≥ 90%	4	
	C3.2	SCARICO DEL MATERIALE E RENDICONTAZIONE ALLA FARMACIA DEI DISPOSITIVI MEDICI UTILIZZATI IN C/VISIONE O C/DEPOSITO (ATTRAVERSO SISTEMA OLIAMMA) ENTRO 7 GG DALL'INTERVENTO	100%	100% CHIUSURA DEL VERBALE OPERATORIO CONTESTUALMENTE ALL'INTERVENTO	5	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.10	SPESA PER FARMACI 2023	2023=2022	2023=2022	4	
	D3.9	SPESA PER DISPOSITIVI 2023	2023=2022	2023=2022	4	
	D3.3	INCREMENTO ATTIVITA' PRODUTTIVA RISPETTO AL 2022	> 5%	2023=2022	4	
		PARTECIPAZIONE AL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DIPARTIMENTALI	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DIPARTIMENTO	5	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

	UOC POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI MEDICI					
DOTT.SSA EMMA GIORDANI						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOLGIERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	5	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	5	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.1	PARS: RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI	RISCHIO INFETTIVO: OBIETTIVO C, ATTIVITA' 1, 7 INVIO RELAZIONE PER SINGOLO OBIETTIVO E ATTIVITA' CON AZIONI ESPLETATE A CDG	RISCHIO INFETTIVO: OBIETTIVO C, ATTIVITA' 1, 7 INVIO RELAZIONE PER SINGOLO OBIETTIVO E ATTIVITA' CON AZIONI ESPLETATE A CDG	5	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		AVVIO PROCESSO INFORMATIZZATO SU CONTO VISIONE	3	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C2.2	ADEMPIERE ALLE INDICAZIONI DATE DAL SICO IN MATERIA DI ADEGUAMENTO ALLE INDICAZIONI NORMATIVE E TECNICO ORGANIZZATIVE IN MATERIA DI SICUREZZA INFORMATICA	RISPETTO DEL 100% DELLE INDICAZIONI	RISPETTO DEL 100% DELLE INDICAZIONI	5	
CONSOLODAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.11	FILE F	AVVIO ATTIVITA' PER CONSENTIRE A SIS LA MAPPATURA FLUSSO FILE F AI FINI DELLE REPORTISTICHE AZIENDALI	AVVIO ATTIVITA' PER CONSENTIRE A SIS LA MAPPATURA FLUSSO FILE F AI FINI DELLE REPORTISTICHE AZIENDALI	5	
	C3.14	RISPETTO DELLE TEMPISTICHE DI INVIO, CONGRUITÀ E COMPLETEZZA DEL FILE F, FILE R, DM	12 TRASMISSIONI CON QUALITA' DEL DATO 100%	12 TRASMISSIONI CON QUALITA' DEL DATO 100% DEGLI OBIETTIVI INDICATI DALLA REGIONE	10	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
IMPLEMENTAZIONE CO.AN.	D1.1	TOTALE CONSUMI/CDC SPECIFICO. ALIMENTAZIONE DELLA CONTABILITA' ANALITICA ATTRAVERSO L'ATTRIBUZIONE DEI COSTI AI CDC SPECIFICI.	100%	100%	5	
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN OLIAMM	100% DEGLI ORDINI CONCORDATI CON UOC ECO-FIN	100% DEGLI ORDINI CONCORDATI CON UOC ECO-FIN	10	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023


RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.11	TRASMISSIONE MENSILE AI DIRETTORI DI DISTRETTO DEI REPORT DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA, ELABORATI SU DCRONLINE.		N. 12 REPORT A DIRETTORI DI DISTRETTO E CDG	5	
	D3.6	AUDIT SEMESTRALI CON LE UU.OO INTERESSATE PER IL RISPETTO DEGLI INDICATORI DELLA SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI CUI ALLA DET. REG. G05080 DEL 24/04/22. INVIO ALLE UU.OO. DEI REPORT DI SPESA (E AL CDG PER CONOSCENZA) E RISPETTO DEGLI INDICATORI REGIONALI	MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI DI CUI ALLA DET. REG. G05080 DEL 24/04/22. INVIO ALLE UU.OO. DEI REPORT DI SPESA (E AL CDG PER CONOSCENZA) E RISPETTO DEGLI INDICATORI REGIONALI	5	
	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET 2023 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	12	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.4	MONITORAGGIO LIMITI DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA IN LINEA CON INDICATORI REGIONALI	N. 4 REPORT DA INVIARE A DISTRETTI E PER CONOSCENZA AL CDG	N. 4 REPORT DA INVIARE A DISTRETTI E PER CONOSCENZA AL CDG IN LINEA CON GLI INDICATORI DET G04240	5	
	D4.4	MONITORAGGIO LIMITI DI SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA IN LINEA CON INDICATORI REGIONALI	SPESA PER FARMACEUTICA CONVENZIONATA ≤ AL TETTO FISSATO DALL'AIFA	SPESA PER FARMACEUTICA CONVENZIONATA ≤ AL TETTO FISSATO DALL'AIFA. 1 RELAZIONE SULL'ANDAMENTO DELLA SPESA FARMACEUTICA AL NETTO DEL PAYBACK CON MOTIVAZIONE DEGLI SCOSTAMENTI	5	
	D4.8	DGR 197/2023: FLUSSO INFORMATIVO CONTRATTI DI DISPOSITIVI MEDICI		RISPETTO DELL'OBIETTIVO COME DA DGR. INSERIMENTO ANAGRAFICHE CONTRATTI IN OLIAMM E INDICAZIONE DEL CONTRATTO NELL'ORDINE SULLA BASE DELLE INDICAZIONI FORNITE DALL'ABS	10	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 UOC TECNICO PATRIMONIALE ING. ANTONINO GERMOLE'						
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOGLIERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	5	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	5	
B - APPROPRIATEZZA						
RIORGANIZZAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE	B5.7	TARI - VERIFICA COERENZA TRA QUANTO RICHIESTO DAI COMUNI E LA SITUAZIONE IMMOBILIARE DELLA ASL	TRASMISSIONE AGLI UFFICI COMPETENTI DELLA DENUNCIA TARI ADEGUATA RISPETTO AI MQ AZIENDALI	TRASMISSIONE AGLI UFFICI COMPETENTI DELLA DENUNCIA TARI ADEGUATA RISPETTO AI MQ AZIENDALI	5	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		REDAZIONE PROCEDURA RICHIESTA DI BENI DI ACQUISTO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA CARTELLONISTICA	3	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C2.2	ADEMPIERE ALLE INDICAZIONI DATE DAL SICO IN MATERIA DI ADEGUAMENTO ALLE INDICAZIONI NORMATIVE E TECNICO ORGANIZZATIVE IN MATERIA DI SICUREZZA INFORMATICA	RISPETTO DEL 100% DELLE INDICAZIONI	RISPETTO DEL 100% DELLE INDICAZIONI	5	
MONITORAGGIO PROCESSO EDILIZIO	C4.1	MONITORAGGIO DEGLI INVESTIMENTI FINANZIATI - RELAZIONE TRIMESTRALE SULL'ANDAMENTO DEGLI INVESTIMENTI IN COERENZA CON TEMPI E COSTI DEFINITI PER SINGOLO PROGETTO E CON LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.	N. 4 REPORT	2 RELAZIONI SEMESTRALI	7	
	C4.5	DGR 197/2023: MONITORAGGIO DELLO STATO DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI DEL PNRR E PNC - M6 C2 1.3.1	RISPETTO DEL 100% DELLE TEMPISTICHE ED ADEMPIMENTI RICHIESTI	RISPETTO DEL 100% DELLE TEMPISTICHE ED ADEMPIMENTI RICHIESTI	5	
	C4.6	DGR 197/2023: MONITORAGGIO DELLO STATO DI ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI EX ART. 20 L 67/88 E/O ALTRI FONDI IN C/CAPITALE STATALI	RISPETTO DEL 100% DELLE TEMPISTICHE ED ADEMPIMENTI RICHIESTI	RISPETTO DEL 100% DELLE TEMPISTICHE ED ADEMPIMENTI RICHIESTI	5	
	C4.3	PRODUZIONE DI REPORTISTICA TRIMESTRALE COSTO MULTISERVIZIO DA CONSEGNARE AL CONTROLLO DI GESTIONE E UOC EF PER CONTROLLO SPESA/LIMITE BUDGET	N. 4 REPORT	N. 4 REPORT	5	

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

IL DIRETTORE/RESPONSABILE


LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
	C4.4	REGISTRAZIONE NEL GESTIONALE AMMINISTRATIVO CONTABILE DEGLI INTERVENTI (FINANZIATI IN C/CAPITALE, C/ESERCIZIO E DONAZIONI) E RELATIVA INDICAZIONE DEL FINANZIAMENTO, COMPILANDO ANCHE LA PARTE RELATIVA AL CDC, RESPONSABILE E UBICAZIONE	N. 4 REPORT TRIMESTRALI INVIO RENDICONTAZIONE A CDG E A UOC EF	N. 4 REPORT TRIMESTRALI INVIO RENDICONTAZIONE A CDG E A UOC EF	5	
	C4.2	REGISTRAZIONE DELLE DISMISSIONI SUL SISTEMA AMMINISTRATIVO CONTABILE OLIAMM	N. 4 REPORT TRIMESTRALI INVIO RENDICONTAZIONE A CDG E A UOC EF	N. 4 REPORT TRIMESTRALI INVIO RENDICONTAZIONE A CDG E A UOC EF	5	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
IMPLEMENTAZIONE CO.AN.	D1.1	TOTALE CONSUMI/CDC SPECIFICO. ALIMENTAZIONE DELLA CONTABILITA' ANALITICA ATTRAVERSO L'ATTRIBUZIONE DEI COSTI AI CDC SPECIFICI.	ALMENO IL 90% ESCLUSO COSTI CENTRALE DI STERILIZZAZIONE	ALMENO IL 90% ESCLUSO COSTI CENTRALE DI STERILIZZAZIONE	10	
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN OLIAMM	100%	100%	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET 2023 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	10	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.18	RUP/DEC CONTRATTI	100% ATTIVITA' PROPEDEUTICHE ALLA LIQUIDAZIONE DI DEC/RUP PER I CONTRATTI DI COMPETENZA	100% ATTIVITA' PROPEDEUTICHE ALLA LIQUIDAZIONE DI DEC/RUP PER I CONTRATTI DI COMPETENZA ANNO 2023. AVVIO ISTRUTTORIA PER LA VERIFICA LIQUIDAZIONE RUP/DEC 2022	5	
		ATTIVAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	5	
					100	

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI		UOSD ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA				
		DR. MICHELE CIRO TOTARO				
OBIETTIVO	N.	INDICATORE	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOLGIERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	5	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	5	
B - APPROPRIATEZZA						
POTENZIAMENTO CURE PRIMARIE, SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	B4.1	AUMENTO DELLA COPERTURA DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE - FLUSSO SIAT	PRESE IN CARICO VALIDE POPOLAZIONE 65 ANNI/POPOLAZIONE > 65 ANNI = 6,92 %	PRESE IN CARICO VALIDE POPOLAZIONE 65 ANNI/POPOLAZIONE > 65 ANNI = 6,92 %	20	
	B4.2	ADI - COPERTURA (PRESI IN CARICO) IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE.	PRESE IN CARICO PER LE QUALI E' REGISTRATO ALMENO UN ACCESSO NEL 2021 CON CIA > 0,13. LIVELLO I (CIA 1) ≥ 4,00 LIVELLO II (CIA 2) ≥ 2,50 LIVELLO III (CIA 3) ≥ 2,00 SU POPOLAZIONE	PRESE IN CARICO PER LE QUALI E' REGISTRATO ALMENO UN ACCESSO NEL 2021 CON CIA > 0,13. LIVELLO I (CIA 1) ≥ 4,00 LIVELLO II (CIA 2) ≥ 2,50 LIVELLO III (CIA 3) ≥ 2,00 SU POPOLAZIONE	15	VALUTATO COME DA DGR 197/2023
	B4.16	COT - GESTIONE TRANSIZIONI	N. DI TRANSIZIONI (CAMBI DI SETTING) GESTITI DALLA COT (ALMENO ____)	N. DI TRANSIZIONI (CAMBI DI SETTING) GESTITI DALLA COT (ALMENO 300)	10	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		UTILIZZO TABLET E SISTEMA INFORMATIVO ADI DA PARTE DEGLI INFERMIERI. N. CARTELLE ADI INFERMIERISTICHE INFORMATIZZATE COMPLESSE/TOT CARTELLE ADI INFERMIERISTICHE COMPLESSE=70%	5	
GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	B2.17	COT - GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA DELLE RSA	PRESA IN CARICO DELLE LISTE DI ATTESA	PRESA IN CARICO DELLE LISTE DI ATTESA	10	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023



CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.5	CORRETTA REGISTRAZIONE ASSISTITI NEL FLUSSO SIAT	100%	≥ 80%	10	
	C3.18	COT	ATTIVITA' PROPEDEUTICHE PREMS E PROMS	ATTIVITA' PROPEDEUTICHE PREMS E PROMS	5	
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
RISPETTO SCADENZE REGIONALI		ATTIVAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	10	
					100	

LA DIREZIONE STRATEGICA

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

LA POSIZIONE ORGANIZZATIVA/COORDINATORE

SCHEDA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

		UOSD SISTEMA INFORMATICO E TELEMEDICINA				
		ING. DANIELE DELLA VEDOVA				
OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
A - APPROPRIATEZZA RAPPORTI STAKEHOLDER E UTENZA						
POTENZIAMENTO ATTIVITA' PER MIGLIORARE TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	A1.1	MONITORAGGIO DELLE AZIONI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE CONTENUTE NEL PTPCT AZIENDALE FINALIZZATO AD OTTENERE INFORMAZIONI SUL GRADO DI EFFICACIA DELLE STESSE IN RELAZIONE AI RISCHI, VALUTARNE LA SOSTENIBILITÀ AI FINI DELLA LORO APPLICAZIONE, INDIVIDUARE EVENTUALI RISCHI NON GESTITI, NONCHÉ RACCOLGERE SUGGERIMENTI PER IL MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	N. 1 REPORT DA INVIARE A RPCTA E CDG (15/11)	5	
POTENZIAMENTO PROGRAMMI FORMATIVI	A2.2	RISPETTO DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	RISPETTO DEL 100% DEI CORSI OBBLIGATORI	5	
MIGLIORAMENTO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO	A3.2	CONDIVISIONE ALL' INTERNO DELLA U.O. DEGLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA. INVIO VERBALE A CDG	1/1	1/1	3	
B - APPROPRIATEZZA						
SICUREZZA CURE EROGATE E GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO	B1.7	PARS: LINEE GUIDA REGIONALI CONSENSO INFORMATO	REALIZZAZIONE REGISTRO INFORMATIZZATO DEL CONSENSO INFORMATO IN COLLABORAZIONE CON UOC RISK	SUPPORTO INFORMATICO PER LA REALIZZAZIONE REGISTRO INFORMATIZZATO DEL CONSENSO INFORMATO ALLA UOC RISK MANAGEMENT	5	
APPROPRIATEZZA E QUALITA' DEGLI ESITI	B6.4	PROCESSO DI MIGLIORAMENTO INTERNO RISPETTO AL 2022		REALIZZAZIONE DEL MANUALE DELLA CONSERVAZIONE SECONDO QUANTO PREVISTO DALLE LGG AGID	3	
C - EFFICIENTAMENTO DEI SISTEMI						
AMMODERNAMENTO E IMPLEMENTAZIONE DEL PARCO TECNOLOGICO	C1.1	RISPETTO PROGETTI PNRR	RISPETTO DEL 100% DELLE TEMPSTICHE ED ADEMPIMENTI RICHIESTI PER LA PARTE DI COMPETENZA	RISPETTO DEL 100% DELLE TEMPSTICHE ED ADEMPIMENTI RICHIESTI PER LA PARTE DI COMPETENZA	15	
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO SISTEMI INFORMATICI	C2.1	ADEGUAMENTO ALLE INDICAZIONI NORMATIVE E TECNICO ORGANIZZATIVE IN MATERIA DI SICUREZZA INFORMATICA	ADEGUAMENTO AL 100% DELLE RICHIESTE REGIONALI ED INVIO INIZIATIVE A CDG	ADEGUAMENTO AL 100% DELLE RICHIESTE REGIONALI ED INVIO INIZIATIVE A CDG	5	
CONSOLIDAMENTO E POTENZIAMENTO DEI SISTEMI INFORMATIVI	C3.10	MAPPATURA DEI SISTEMI INFORMATIVI E DELLE LORO INTEGRAZIONI	INVIO MAPPATURA ENTRO IL 30/09/2023	INVIO MAPPATURA ENTRO IL 30/09/2023	5	
	C3.16	USO CORRETTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: UTILIZZO DELLA CARTELLA INFORMATIZZATA	INVIO DEL REPORT A CDG E DMO DISTINTO PER UU.OO. SU % UTILIZZO DELLA CARTELLA INFORMATIZZATA. ABILITAZIONE E FORMAZIONE OPERATORI PER TUTTE LE RICHIESTE RICEVUTE DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLE SINGOLE UU.OO.	INVIO DEL REPORT A CDG E DMO DISTINTO PER UU.OO. SU % UTILIZZO DELLA CARTELLA INFORMATIZZATA. ABILITAZIONE E FORMAZIONE OPERATORI PER TUTTE LE RICHIESTE RICEVUTE DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLE SINGOLE UU.OO.	5	
	C3.11	FILE F	ATTIVITA' DI COMPETENZA PER AVVIO DA PARTE DELLA UOSD ACESIS DELL' ATTIVITA' PER MAPPATURA FLUSSO FILE F AI FINI DELLE REPORTISTICHE AZIENDALI	ATTIVITA' DI COMPETENZA PER AVVIO DA PARTE DELLA UOSD ACESIS DELL' ATTIVITA' PER MAPPATURA FLUSSO FILE F AI FINI DELLE REPORTISTICHE AZIENDALI	4	

SCHEMA DI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA 2023

OBIETTIVO GENERALE	N.	OBIETTIVO SPECIFICO	PROPOSTE 2023	NEGOZIATO 2023	PESO	NOTE
D - SOSTENIBILITA' ECONOMICA						
IMPLEMENTAZIONE CO.AN.	D1.1	TOTALE CONSUMI/CDC SPECIFICO. ALIMENTAZIONE DELLA CONTABILITA' ANALITICA ATTRAVERSO L'ATTRIBUZIONE DEI COSTI AI CDC SPECIFICI.	ALMENO IL 70%	ALMENO IL 70%	10	
	D1.6	FLUSSO PRESTAZIONI INTERMEDIE	INVIO FLUSSO PRESTAZIONI INTERMEDIE ENTRO IL 15 DEL MESE SUCCESSIVO	INVIO FLUSSO PRESTAZIONI INTERMEDIE ENTRO IL 15 DEL MESE SUCCESSIVO	5	
OTTIMIZZAZIONE PROCESSI DI LIQUIDAZIONE	D2.2	LIQUIDAZIONE ENTRO 3 SETTIMANE DALLA REGISTRAZIONE DELLA FATTURA IN OLIAMM	100%	100%	10	
RISPETTO DEL BUDGET AZIENDALE ASSEGNATO	D3.8	RISPETTO DEL BUDGET 2023 ASSEGNATO DALLA UOC ECO-FIN	100%	100%	10	
RISPETTO SCADENZE REGIONALI	D4.18	RUP/DEC CONTRATTI	100% ATTIVITA' PROPEDEUTICHE ALLA LIQUIDAZIONE DI DEC/RUP PER I CONTRATTI DI COMPETENZA	100% ATTIVITA' PROPEDEUTICHE ALLA LIQUIDAZIONE DI DEC/RUP PER I CONTRATTI DI COMPETENZA ANNO 2023. AVVIO ISTRUTTORIA PER LA VERIFICA LIQUIDAZIONE RUP/DEC 2022	5	
		ATTIVAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	60% DELLE COT PREVISTE ENTRO IL 31/12/2023	5	
					100	